

GESUNDHEITSSYSTEME STELLEN SICH DER ARMUT

GESUNDHEITSSYSTEME STELLEN SICH DER ARMUT

Redaktion:

Erio Ziglio

Rogério Barbosa

Yves Charpak

Steve Turner



EUROPA

Public-Health-

Fallstudien

Nr. 1



Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Sie ist die richtungweisende und koordinierende Autorität in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, zu die menschliche Gesundheit betreffenden Fragen objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein, eine Verantwortung, der sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht wird. Durch ihre Veröffentlichungen versucht die Organisation, die Gesundheitsstrategien der einzelnen Länder zu unterstützen und sich mit den dringlichsten Problemen der öffentlichen Gesundheit auseinander zu setzen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben rund 870 Millionen Menschen, in einem Gebiet, das sich von Grönland im Norden und vom Mittelmeer im Süden bis zur Pazifikküste der Russischen Föderation erstreckt. Deshalb konzentriert sich das europäische Programm der WHO sowohl auf die Probleme der Industrieländer und der postindustriellen Gesellschaft als auch auf die Probleme der jungen Demokratien in Mittel- und Osteuropa und in den Ländern der ehemaligen UdSSR.

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und der von ihr geleisteten Orientierungshilfe an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.

**GESUNDHEITSSYSTEME
STELLEN SICH DER ARMUT**

Europäisches WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung

Das Europäische WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung, das die zu dieser Veröffentlichung führenden Tätigkeiten koordiniert hat, wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit dem italienischen Gesundheitsministerium und der Region Venetien und mit ihrer Unterstützung eingerichtet. Es gehört zu den Hauptaufgaben des Büros, wissenschaftlich fundierte Fakten über die sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit zusammenzutragen und dieses Wissen in praktisches Handeln umzusetzen. Das Büro setzt sich systematisch mit der Frage auseinander, wie man Konzepte, wissenschaftlich fundiertes Faktenmaterial, Methodik und Grundsatzmaßnahmen in wirksame Investitionen für die Förderung von Gesundheit umsetzen und damit das Zusammenwirken von sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Entwicklung erreichen kann. Das Europäische Büro erfüllt zwei eng mit einander verzahnte Hauptfunktionen:

- Es verfolgt, untersucht und systematisiert die Konsequenzen, die soziale und wirtschaftliche Determinanten der Bevölkerungsgesundheit für die Politik haben,
- es unterstützt die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, damit sie besser imstande sind, in Gesundheit zu investieren, indem sie diese politischen Konsequenzen aufgreifen und sie in ihrer Entwicklungsagenda berücksichtigen.

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

(Public-Health-Fallstudien, Nr. 1)

1. Armut 2. Gesundheitszustand 3. Erbringung von Gesundheitsversorgung – Organisation und Verwaltung – Trends 4. Nationale Programme im Gesundheitswesen – Organisation und Verwaltung 5. Sozialökonomische Faktoren 6. Europa I. Serie

ISBN 92 890 3369 X

(NLM Klassifikation: WA 540)

ISSN 1727-1363 (Print)

ISSN 1727-1371 (Online)

Übersetzung aus dem Englischen: Anne Follmann

GESUNDHEITS- SYSTEME STELLEN SICH DER ARMUT

*Redaktion:
Erio Ziglio
Rogerio Barbosa
Yves Charpak
Steve Turner*



*Public-Health-
Fallstudien
Nr. 1*

ISBN 92 890 3369 X
ISSN 1727-1363 (Print)
ISSN 1727-1371 (Online)

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros sind an publicationrequests@euro.who.int, Anträge auf Genehmigung der Wiedergabe an permissions@euro.who.int und auf Genehmigung zur Übersetzung an pubrights@euro.who.int zu richten. Sie können sich auch direkt an das Referat Veröffentlichungen wenden: Referat Veröffentlichungen, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark (Tel.: +45 39 17 17 17, Fax: +45 39 17 18 18, Website: <http://www.euro.who.int>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2003**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Printed in Denmark

Inhalt

<i>Vorwort</i>	<i>vii</i>
Danksagung	ix
Bildnachweis	xi
Einführung	1
Armut und Gesundheit: ein Abriss ausgewählter Fallstudien aus den Mitgliedstaaten der WHO	5
Fallstudien zu Armut und Gesundheit: eine Rahmenanalyse	13
Fallstudie 1	19
Fallstudie 2	31
Fallstudie 3	45
Fallstudie 4	57
Fallstudie 5	69
Fallstudie 6	79
Fallstudie 7	95
Fallstudie 8	109
Fallstudie 9	123
Fallstudie 10	133
Fallstudie 11	143
Fallstudie 12	151

Abschließende Bemerkungen	163
Anhang 1. Vorlage für die Autoren	167
Anhang 2. Liste der geladenen Experten	171
Anhang 3. Vorlage für Gruppendiskussionen	177

Vorwort

Angesichts der erdrückenden Beweise für den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hat das Regionalkomitee für Europa im September 2001 auf seiner einundfünfzigsten Tagung in Madrid, Spanien, anerkannt, dass der Gesundheitssektor verantwortlich zur Minderung von Armut beitragen muss. Das Regionalkomitee nahm die Herausforderung an und verabschiedete eine Resolution, in der ich in meiner Funktion als Regionaldirektor gebeten wurde, einen Prozess der systematischen Erhebung, Analyse und Verbreitung von Daten über konkrete Maßnahmen in den Europäischen Mitgliedstaaten in Gang zu setzen, die das explizite Ziel verfolgten, die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit zu mindern.

Das Ausmaß des Armutsproblems in der Europäischen Region steht heute außer Frage: In allen Mitgliedstaaten bestehen große Ungleichheiten hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden und in vielen wird die Kluft zwischen Arm und Reich immer größer. Die Problematik ist schwierig und erschreckend, dennoch wurde bereits und wird immer noch viel von den Gesundheitssystemen der Region getan, um sie zu bewältigen. Bis heute sind diese Bemühungen jedoch sporadisch geblieben, und selbst dort, wo sie ermutigende Ergebnisse erzielten, haben sie wenig Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit gefunden.

Das Regionalbüro für Europa hat für die Umsetzung der Resolution über Armut und Gesundheit ein innovatives Konzept beschlossen, das in der ersten Phase der Datenerhebung Maßnahmen Vorrang gab, die in ausgewählten Mitgliedstaaten bereits eingeleitet worden waren. Die Verantwortung für diese Aufgabe wurde dem neuen Europäischen WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung in Venedig übertragen.

Der vorliegende Bericht ist die Frucht unserer Bemühungen während der vergangenen Jahre auf diesem neuen Gebiet. Er dokumentiert unseren vorläufigen Erkenntnisstand, inwieweit Gesundheitssysteme den Auswirkungen von Armut entgegenwirken können. Die Analyse der vorliegenden Fallstudien legt drei Hauptschlussfolgerungen nahe: a) Gesundheitssysteme können tatsächlich wirksame Maßnahmen ergreifen, um die Gesundheit der Armen zu verbessern, b) in einigen Fällen können Gesundheitssysteme eine zusätzliche Hürde für die Armen darstellen und c) es besteht ein dringender Bedarf, das Wissen und die Ausbildung in diesem Bereich zu verbessern und die Kapazitäten zu erhöhen.

Im Geiste der Solidarität, die in der Resolution des Regionalkomitees zum Ausdruck kommt, ist es nun meine aufrichtige Hoffnung, dass das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auf diesen ersten Erfahrungen aufbauen und zum nächsten Schritt übergehen kann, nämlich der Bewältigung von Armut durch direkte Interventionen der Gesundheitssysteme. Wir müssen unsere Sammlung von Daten und Fallstudien auf alle Mitgliedstaaten ausdehnen. Wir müssen eine Datenbank einrichten, die diese Erfahrungen allen zugänglich macht und so zu Vorschlägen, Diskussionen und konkretem Handeln anregt. Wir müssen unsere neu gewonnenen Erkenntnisse in Schulungsmaterial umsetzen und das Know-how und das Selbstvertrauen der Gesundheitsfachkräfte in allen unseren Mitgliedstaaten stärken, damit wir das Problem der Armut bewältigen können.

Der Weg zur Chancengleichheit ist lang, aber ich bin überzeugt, dass wir einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung getan haben. Neben den Maßnahmen des WHO-Hauptbüros ist dies unser Beitrag zur Erfüllung der Ziele der Millenniums-Deklaration der internationalen Gemeinschaft. Ich betrachte unsere Arbeit in dem Bereich Armut und Gesundheit als wichtigen Beitrag bei der Verwirklichung des Rechts jedes Einzelnen in der Europäischen Region auf Gesundheit.

Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa

Danksagung

Diese Veröffentlichung wurde vom Europäischen WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung, Venedig, Italien erstellt. Sie ist das Ergebnis der Beiträge vieler Fachleute aus sehr verschiedenen Fachgebieten. Die Herausgeber und das WHO-Regionalbüro für Europa sind allen für ihr Interesse und ihr Engagement zu Dank verpflichtet, ohne die diese Arbeit binnen sechs Monaten, nicht hätte verwirklicht werden können.

An dieser Stelle möchten wir auch den WHO-Mitgliedstaaten der Europäischen Region unseren Dank aussprechen, denn die hier vorliegende Arbeit profitierte stark von ihrem Engagement bei der Bewältigung der Problematik Armut und Gesundheit. Wir danken dem WHO-Regionalkomitee für Europa für die Unterstützung und den Antrieb für diese Arbeit.

Wir danken den Autoren für ihre harte Arbeit und außerdem einer Vielzahl von Menschen in Deutschland, Frankreich, Italien, Kirgisistan, Kroatien, Polen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Ungarn und dem Vereinigten Königreich, die interviewt wurden bzw. vor Ort halfen. Darüber hinaus haben wir eine Reihe von Kollegen in anderen Ländern konsultiert und um Rat gebeten. Eine vollständige Liste kann hier nicht wiedergegeben werden, doch möchten wir uns für die Unterstützung ausdrücklich bedanken bei: Hrair Aslanian, Juliette Bloch, Michael Debrus, Teresa Edmans, Jane Falkingham, Alexander Gavrilov, Igor Glasunov, Jette Grønholt, Iwona Iwanicka, Stephen Jacobs, Bernard Kaic, Antoinette Kaic-Rak, Mauno Konttinen, Piret Laur, Alina Lubinska, Pat Mason, Andrei Mochniaga, Oleg Moldakov, Oscon Moldokulov, Eliane Pihl Kristensen, M. Popovich, Nezahat Ruzdic, Tobias Schüth, Gillian Seabright, Carole Sharrock, Zofia Slonska, David Stout, Diliara Sunyakova, Marianne Szatmari, Vappu Taipale, Gerhard Trabert, Jane Woolley und Andrzej Zbonikowski. Besonders erwähnen möchten wir die WHO-Länderreferenten und das Team des Sonderbeauftragten der Generaldirektorin der WHO in Russland sowie die Mitarbeiter des Tuberkulosedemonstrationsprojekts in Russland.

Viele Kollegen des WHO-Regionalbüros für Europa und von Experten vor Ort haben uns in fachlicher Hinsicht unterstützt. Unser Dank richtet sich insbesondere an: Alexander Gromyko, Wiesiek Jakubowiak, Elke Jakubowski, Hans Kluge, Joe Kutzin, Louis Lebrun, Serguei Litvinov, Aileen Robertson, Charles Robson, Mikko Viononen, Steve Wassilak and Risards Zaleskis.

Im Namen des WHO-Regionaldirektors für Europa sprechen wir unseren Dank für die freundliche Unterstützung durch Gesundheitsminister und für Gesundheitsfragen zuständige Spitzenbeamte in ganz Europa aus: Sefer Aycan, Alexander Jentzsch, Leonard Levy, Gunter Liebeswar, Ulla Schmidt, A. Vialkov, Helmut Voigtländer und Andro Vlahusic. Unser besonderer Dank gilt Tilek Meimanaliev und Ainura Ibrahimova für ihre Unterstützung.

Wir danken außerdem dem Gesundheitsministerium der Bundesrepublik Deutschland für das starke Interesse an der Bewältigung der Problematik und für die großzügige Unterstützung der Expertendiskussion am 18./19. April 2002 in Düsseldorf. Unseren Dank und unsere Anerkennung möchten wir dem Bundesministerium auch dafür bezeugen, dass es ermöglicht hat, die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf für diese Arbeit zu gewinnen. Insbesondere sind wir Wolfgang Müller zu Dank verpflichtet. Unser Dank gilt auch Angelika Remmers, die für die administrative Seite verantwortlich war. Außerdem danken wir Fred Paccaud für die Unterstützung bei den Gruppendiskussionen und den in Anhang 2 aufgeführten Experten, die zur Teilnahme an den Diskussionen oder zu einem Beitrag aufgefordert waren.

Schließlich gilt unser besonderer Dank dem italienischen Gesundheitsministerium und der Region Venetien. Die Errichtung des Europäischen WHO-Büros für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung in Venedig ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit zwischen dem italienischen Gesundheitsministerium, der Region Venetien und dem WHO-Regionalbüro für Europa. Diese Veröffentlichung ist eines der ersten greifbaren Resultate dieser Zusammenarbeit.

Erio Ziglio
Rogerio Barbosa
Yves Charpak
Steve Turner

Bildnachweis

Bildredakteur

Steve Turner

Fallstudie 1

„Roma-Dorf zu Beginn der Maßnahme im Jahr 1997“ und „1997 – UNICEF-Lebensmittelpakete und Informationsbroschüren zum Impfschutz“:
Bezirksverwaltung für Gesundheit und Soziales in Me imurje

Weitere Aufnahmen: Jelena Sedlak

Fallstudie 2

Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis

Fallstudie 3

Sigrún Davídsdóttir

Fallstudie 4

Katalin Zoldhegyi

Fallstudie 5

Abteilung Präventive Migrationsmedizin im San Gallicano-Hospital, Rom

Fallstudie 6

Anes Alic

Fallstudie 7

„Dr. Micha Kowalski, Leiter von Palma“, „Dr. Paschinska und Jerzy Czapla“
und erinnert sich an die Zeit seiner Obdachlosigkeit“: Abteilung
Palma Marketing

Weitere Aufnahmen: Steve Turner

Fallstudie 8

Anes Alic

Fallstudie 9

Susan Poizner

Fallstudie 10

„Alla Sokol, Gründerin des Städtischen Gartenvereins von St. Petersburg“, „Bei Natalja stehen auf jedem Fensterbrett Grünpflanzen“, „Im Keller wird nährstoffreicher Kompost produziert“ (Nahaufnahme der Würmer) und „Alla Sokol zeigt Natalja, wie man Bohnensprossen zieht“: Susan Poizner

„Im Keller wird nährstoffreicher Kompost produziert“ (Aufnahme mit drei Personen), „Der Dachgarten soll sich selbst tragen“ und „Alexander Gawrilow (rechts) bringt Kresty-Inhaftierten Gartenarbeit bei“: Städtischer Gartenverein von St. Petersburg

Fallstudie 11

Sigrún Davídsdóttir

Fallstudie 12

Sigrún Davídsdóttir

Einführung

Diese Veröffentlichung gibt eine Auswahl breitgefächerter Erfahrungen wieder, die über einen Zeitraum von zwei Monaten gesammelt wurden. Sie stellt dar, wie Gesundheitssysteme¹ die Problematik Armut und Gesundheit angehen, und sie bestätigt, dass Armut in Europa multidimensional ist und nicht nur mit materieller Deprivation in Zusammenhang steht, sondern auch ein niedriges Bildungsniveau, defizitäre Gesundheit und Anfälligkeit gegenüber Krankheiten bedeutet. Die Betroffenen sind Gefahren durch die Umwelt bzw. am Arbeitsplatz schutzlos ausgesetzt, sie können sich kaum Gehör verschaffen und scheinen ihrem Schicksal machtlos ausgeliefert zu sein. Darüber hinaus wird festgestellt, dass Armut die Menschen in ihrer Freiheit einschränkt, Grundbedürfnisse zu befriedigen und Grundrechte einzulösen. Das kann den freien Zugang zu ausreichender Nahrung (fehlende Ernährungs- und Versorgungssicherheit) ebenso betreffen wie die Behandlung heilbarer Krankheiten oder die Verfügbarkeit sauberen Trinkwassers und sanitärer Einrichtungen. Diese fehlende Freiheit hindert die Menschen an der Entfaltung ihrer Möglichkeiten, was einen großen gesellschaftlichen Verlust bedeutet und die Entwicklung hemmt.² Armut kann auch der Grund für Stigmatisierung innerhalb gesellschaftlicher Gruppen, innerhalb nationaler Grenzen oder darüber hinaus zwischen armen und reichen Ländern sein. Schließlich bestätigt diese Veröffentlichung, dass die Auswirkungen der Armut die Armen ungleichmäßig hart treffen können, was sich beispielsweise in den Kategorien Geschlecht oder Altersgruppe ablesen lässt³.

¹ In dieser Veröffentlichung wird ein Gesundheitssystem als ein System definiert, das alle Aktivitäten umfasst, deren primäres Ziel die Förderung, Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit ist. Dazu gehören beispielsweise die Bereitstellung einer persönlichen medizinischen Betreuung, die traditionellen Aktivitäten des Gesundheitssektors wie Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung und die Einbeziehung anderer Bereiche zur Verbesserung der Gesundheit, wie beispielsweise schulische Gesundheitserziehung (*The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000). Ungeachtet dieser weit gefassten Definition konzentrieren sich die meisten hier dargestellten Erfahrungen auf die Bereitstellung von und die Investition in Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung.

² SEN, A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2000.

³ *Armut und Gesundheit: Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (Dokument EUR/RC51/8).

Viele dieser Aspekte der Armut werden durch die vorliegenden Fallstudien veranschaulicht, nicht zuletzt weil ausdrücklich vielfältige Erfahrungen angestrebt wurden.

Am Anfang der Datenerhebungen, aus denen die Fallstudien hervorgegangen sind, stand die Bitte an alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, über Gesundheitsministerien oder vergleichbare Organisationen wissenschaftlich fundierte Beispiele von Gesundheitssystemen einzureichen, die bei der Bewältigung von Armut eine herausragende Rolle eingenommen hatten. Darüber hinaus wurden Public-Health-Experten und Führungskräfte aus der Region gebeten, Fallstudien vorzuschlagen, die die von den Mitgliedstaaten eingereichten breitgefächerten Vorschläge ergänzen konnten.

Trotz eines positiven Feedbacks hatte die kurze Antwortfrist zur Folge, dass nicht aus allen Mitgliedstaaten Fallbeispiele aufgenommen werden konnten: Spät eingereichte Beiträge mussten zukünftigen Betrachtungen vorbehalten bleiben. Ebenso mussten Kriterien zur Auswahl einer übersichtlichen Anzahl von Berichten ausgearbeitet werden. Hierbei lag das Hauptaugenmerk auf den spezifischen Aspekten von Armut und defizitärer Gesundheit, auf die das Gesundheitssystem einwirken kann. Große Bedeutung wurde ferner folgenden Kriterien beigemessen: nachweislich erreichte Erfolge, relative Relevanz der WHO-Initiative für Linderung oder Reduzierung von Armut, Wiederholbarkeit der Initiative in anderen Kontexten, geographische Streuung in der Region, relative Bedeutung der „Lehren“ und innovativer Aspekt im Vergleich zu den übrigen Vorschlägen. Außerdem bemühte man sich um die Berücksichtigung von Initiativen, die auf unterschiedlichen Ebenen – national, regional und kommunal – durchgeführt worden waren.

Der Prozess führte zu der Auswahl einer Serie mit zwölf Fallstudien aus zehn Ländern. Ein Team professioneller Autoren mit Erfahrungen im Journalismus und im Bereich Gesundheit wurde mit der Abfassung dieser Fallstudien beauftragt. Jeder Autor erhielt einige Fallstudien und verbrachte (abhängig von den örtlichen Gegebenheiten) drei bis vier Tage vor Ort, um bestehende Praktiken zu untersuchen, Hauptverantwortliche zu interviewen, Fotos zu machen und die vorhandene Literatur zu sichten. Die Aufgabe war einfach und dennoch eine Herausforderung: Sie sollten über konkrete Erfahrungen berichten, ohne dabei zu vergessen, dass sich hinter den Zahlen und dem statistischen Material Menschenschicksale verbergen – kranke Menschen, die leiden und in vielen Fällen unnötig lange aus dem Arbeitsprozess herausgehalten werden und infolgedessen am Rande der Gesellschaft stehen. Da die Autoren die Landessprache der von ihnen besuchten Länder beherrschten, wurden sie gebeten, nicht nur mit den Verantwortlichen der Maßnahmen zu sprechen, sondern auch mit den Armen selbst – also denjenigen, die wirklich Zeugen und

Begünstigte der Maßnahmen waren. Ihre freimütigen Ausführungen wurden in den Bericht aufgenommen, wobei der von den verschiedenen Autoren gewählte Stil im Rahmen der einheitlichen Berichterstattung in seiner Unterschiedlichkeit gewahrt blieb.

Mit dem Abfassen der Berichte war die Arbeit jedoch noch nicht getan. Der Auftrag der WHO besteht darin, Erkenntnisse zu überprüfen und den Mitgliedstaaten bei deren Anwendung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung behilflich zu sein. Zur kritischen Prüfung der Fallstudien und Datenerhebung wurden über 30 unabhängige Fachleute aus den Bereichen Public Health, Gesundheitswesen, Wirtschaftswissenschaften und Entwicklungswissenschaften sowie Vertreter von internationalen, staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen zu Gruppendiskussionen eingeladen, die mit der freundlichen Unterstützung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Anhang 2) veranstaltet wurden. Die umfassend über die Fallstudien und die vorläufigen Entwürfe informierten Teilnehmer der Fachdiskussionen wurden ebenfalls gebeten, Beiträge zur Ausarbeitung der Schlussfolgerungen zu leisten und Empfehlungen abzugeben, wie die ausgewählten Erfahrungen zum Thema Armut und Gesundheit erweitert, verbessert und in anderen Kontexten wiederholt werden könnten. Die Hauptschlussfolgerungen aus dieser fruchtbaren Diskussionen sind an anderer Stelle in diesem Buch zu lesen. Sie folgen einem analytischen Schema (Anhang 3), dessen Grundzüge im April 2002 in Düsseldorf entwickelt wurden.

Für den Leser sollte es keine Überraschung sein, dass bei der Auswahl der für diese Veröffentlichung bestimmten Fallstudien gewisse Tendenzen zum Vorschein kamen: Insgesamt gesehen lag der Schwerpunkt auf kommunalen Initiativen, auf der verarmten städtischen Bevölkerung, den Obdachlosen und Arbeitslosen. Diese Konzentration ist, wenn auch unbeabsichtigt, symptomatisch dafür, wie Armut allgemein wahrgenommen und definiert wird, wer von ihr betroffen ist und wie sie gelindert werden kann. Daraus folgt, dass noch eine Menge Arbeit getan werden muss, um die vielen Aspekte von Armut offen zu legen und Maßnahmen zu ihrer erfolgreichen Bekämpfung zu entwickeln.

Von äußerster Wichtigkeit sind die Berichte auf den nachfolgenden Seiten jedoch, weil sie zeigen, dass man den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut entgegenwirken kann. Dabei ist es nicht immer notwendig, gängige Praktiken zu reformieren oder komplexe wissenschaftliche Modelle zu entwickeln. In der Tat sind einige der hier dargestellten Initiativen nicht unbedingt neu und stellen auch keineswegs das optimale Verfahren in dem jeweiligen Land bzw. für das jeweilige Thema dar. Sie haben allerdings bewiesen, dass sie in ihrem Kontext funktionieren.

Von Land zu Land und manchmal sogar innerhalb eines Landes machen verschiedene Vorgehensweisen, soziale Werte und Ziele sowie Gesetze es sehr schwer, europaweite Konzepte und Maßnahmen zu empfehlen, die den Zusammenhang zwischen Armut und defizitärer Gesundheit angehen. Im Regionalbüro gibt es jedoch ein gewachsenes Interesse und Kapazitäten für ein Rahmenprogramm, das wirksame Maßnahmen, Vorschläge für allgemein gültige Prinzipien und Informationen zu erfolgreichen Projekten enthält und den Mitgliedstaaten zur Verfügung steht. Mit dieser Veröffentlichung wird ein Beitrag in diese Richtung geleistet.

Weitere Informationen erhältlich von:

Europäisches WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung
Campo Santa Marina, Castello 6074
I-30122 Venedig
Italien
Tel.: +39 041 279 3864
Fax: +39 041 279 3869
E-Mail: ezi@ihd.euro.who.int
Website: www.euro.who.int/ihd

Armut und Gesundheit: ein Abriss ausgewählter Fallstudien aus den Mitgliedstaaten der WHO

Die hier behandelten Fallstudien stellen sicherlich keine repräsentative Auswahl für all die verschiedenen Bereiche dar, in denen Gesundheitssysteme auf Armut einen positiven Einfluss ausüben können. Es sind jedoch relevante Beispiele für Maßnahmen gegen reale Probleme und sie beinhalten konkrete Strategien zur Überwindung dieser Probleme.

Im Verwaltungsbezirk Me imurje in **Kroatien** musste eine Gruppe von Roma davon überzeugt werden, entgegen ihrer traditionellen Einstellung an einem Impfprogramm teilzunehmen. Die Mitarbeiter des örtlichen Gesundheitsteams besuchten dörfliche Gemeinden und erlernten mit Hilfe der Dorfführer Grundkenntnisse in Romani, sodass sie mit den Roma in deren Sprache kommunizieren konnten. Bekannt wurde diese Maßnahme unter der Bezeichnung „Verständigungsinitiative“, obwohl sie mehr als nur das Erlernen einer Sprache als Brücke zur Verständigung beinhaltete. Mit der verbesserten Kommunikation wuchs das Vertrauen in das Programm und im Verwaltungsbezirk Me imurje konnten Impfraten gemeldet werden, die über dem Landesdurchschnitt lagen. Die jüngere Generation der Roma wird gegenwärtig von der Notwendigkeit überzeugt, an dem vollständigen nationalen Impfprogramm teilzunehmen, zu dem Notimpfungen, regelmäßige Impfungen und andere vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen gehören.

In **Frankreich** wurde zu Beginn des Jahres 2000 die allgemeine Krankenversicherung (couverture maladie universelle, CMU) eingeführt, die in dreifacher Hinsicht Vorteile bietet: Erstens wird jede offiziell in Frankreich wohnhafte Person, die nicht über ihren Arbeitsplatz sozialversichert und kein Leistungsempfänger ist, automatisch in das Sozialversicherungssystem mit eingebunden. Zweitens kommen Personen mit einem Einkommen unter einer bestimmten Grenze kostenlos in den Genuss einer Zusatzversicherung zur Deckung einer Reihe von Kosten. Drittens werden Personen, deren Status in Frankreich ungeklärt ist und deren Einkommen unter der CMU-Einkommensgrenze liegt, im Krankenhaus kostenlos behandelt und diejenigen, die länger als

drei Jahre in Frankreich sind, werden von niedergelassenen Ärzten kostenlos behandelt. Ein wichtiger Punkt ist, dass im Rahmen der CMU keine Vorauszahlungen zu leisten sind. Ärzte und Krankenhäuser werden direkt von den Erstversicherungen und den Zusatzversicherungen bezahlt. Die allgemeine Krankenversicherung deckt den größten Teil der krankheitsbezogenen Kosten von 4,7 Millionen Bürgern. Zwar bedeutete die Einführung der CMU für die verantwortlichen Organisationen anfangs einen Kulturschock, doch nun wird das neue System von vielen als „erfolgreich“ angesehen, da es den ärmsten Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert.

Im wohlhabenden Mainz in **Deutschland**, weist ein Obdachloser im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als ein durchschnittlicher Bürger. Eine unabhängige Studie zeigte, dass Obdachlose im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung weniger Gebrauch von Vorsorgeuntersuchungen, gesundheitsfördernden Maßnahmen und Gesundheitseinrichtungen machen. Die Studie brachte zum Vorschein, dass Obdachlose beim Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen starke Scham- und Angstgefühle haben, dass sie den Gesundheitsfachkräften misstrauen und dass viele von ihnen es nicht für notwendig halten, gesundheitsfördernde bzw. krankheitsvorbeugende Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. In Erkenntnis der besonderen Umstände und Bedürfnisse der Obdachlosen versuchte die Initiative „Mainzer Modell“ durch zurückhaltendes und interdisziplinäres Vorgehen einige der Schwierigkeiten zu lösen und den Obdachlosen dort, wo sie sind, Gesundheitsdienste bereitzustellen. Die Initiative, die die Thematik Obdachlosigkeit und die Probleme der Obdachlosen stärker ins Bewusstsein gerückt hat, fand öffentliche Anerkennung. Das Mainzer Modell ließ die Bevölkerung deutlicher erkennen, dass diese Probleme in Deutschland bestehen und gelöst werden müssen. Die Initiative bewirkte, dass sich ein größerer Teil der Gesellschaft mit der Problematik Armut und Gesundheit auseinandersetzte und in Deutschland eine Reihe von sozialen Netzwerken und Resozialisierungsprozessen ins Leben gerufen wurde.

In **Ungarn** sind Tuberkulose-Patienten dazu verpflichtet, Tuberkulose-Ambulatorien aufzusuchen. Tatsächlich aber lehnen viele Krankenhäuser es ab, obdachlose Patienten wegen ihres Alkoholkonsums und ihrer verwahrlosten Kleidung zu behandeln. In den 80er Jahren wurde im Korányi-Krankenhaus bei Budapest eine spezielle Tuberkulose-Abteilung eingerichtet. Vor dem Hintergrund, dass Obdachlosigkeit und Vielfacherkrankungen bei einem Großteil der Tuberkulose-Patienten eine Rolle spielen, entwickelte die Abteilung ein Behandlungsprogramm, bei dem auch die sozialen und wirtschaftlichen Probleme der obdachlosen Tuberkulose-Patienten in Betracht gezogen werden. Die Gesundheitsfachkräfte mussten mit dieser traditionellen Randgruppe neu umgehen lernen. Darüber hinaus wurde ein Drei-Punkte-Programm aus Alkoholentziehungskur, Tuberkulosebehandlung und Arbeits- und Unterkunftsvermittlung entwickelt, wobei die

Arbeits- und Unterkunftsvermittlung mit Mitteln aus einem für diesen Zweck vom Krankenhaus und der örtlichen Kirche eingerichteten Fonds finanziert wurde. Die Rezidivrate der Patienten dieser Spezialabteilung liegt bei rund 17%, im Gegensatz zu fast 100% bei denjenigen, die wieder auf die Straße gehen, ohne an einem zusätzlichen Programm teilgenommen zu haben.

In **Italien** wurde angesichts der akuten Einwanderungsthematik 1985 die Abteilung für Präventive Migrationsmedizin im römischen Institut San Gallicano eingerichtet. Die Abteilung bietet ihre Dienste allen Italienern und sich in Italien aufhaltenden Ausländern an. Die Leistungen sollen jedoch insbesondere legalen, illegalen und nicht gemeldeten Immigranten, Obdachlosen, Nicht-sesshaften und Personen ohne Dokumente, die den Zugang zum nationalen Gesundheitssystem ermöglichen, zugute kommen. Seit 1996 unterstützen sprachlich-kulturelle Mittler ausländische Patienten, indem sie ihnen die angebotenen Leistungen in deren Muttersprache erklären. Die Mittler erklären zudem den Gesundheitsfachkräften in sekundären und tertiären Gesundheitseinrichtungen die spezifischen kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten. Darüber hinaus hat die Abteilung die Aufgabe eines „Forschungszentrums“ übernommen, das das gesundheitliche Umfeld und die Gesundheitsrisiken für diese speziellen Gruppen der römischen Bevölkerung studiert und beobachtet. Es sammelt relevante Daten und stellt Interessierten statistische Angaben über den Gesundheitszustand dieser Patienten zur Verfügung. Die von dieser Abteilung durchgeführten Vorsorgemaßnahmen und Reihenuntersuchungen haben zur Früherkennung von Krankheiten geführt, womit deren Fortschreiten begrenzt und gesteuert werden konnte und Krankenhausaufenthalte vermieden wurden. Die Arbeit der Abteilung soll sich auch auf die Ausarbeitung moderner Gesetze über die Betreuung von Migranten ausgewirkt haben. Die neue Gesetzgebung ermöglicht allen sich legal oder illegal in Italien befindlichen Ausländern den Zugang zum staatlichen Gesundheitsdienst.

Seit 1991 erheben staatliche Gesundheitseinrichtungen in **Kirgisistan** Gebühren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten sowie Nachsorge- und Pflegemaßnahmen. Es gibt Erkenntnisse, wonach Patienten zusätzlich ungesetzliche und inoffizielle Zahlungen leisteten, die die gesetzlichen Nutzergebühren bei weitem übertrafen.⁴ Infolgedessen blieb vielen Menschen der Zugang zur Gesundheitsversorgung versagt. Und wer sich eine medizinische Behandlung leisten konnte, erfuhr die genauen Kosten erst nach Abschluss der Behandlung. Mit kürzlich in Kirgisistan eingeführten Reformen wird der Versuch unternommen, den übersteuerten ungesetzlichen Zahlungen entgegenzuwirken und für

⁴ KUTZIN, J. ET AL. Addressing informal payments in Kyrgyz hospitals: a preliminary assessment. *Eurohealth*, 7(3): 90–96 (2001).

die Zahlungsunfähigen ein Berechtigungssystem einzuführen. Als eine der staatlichen Maßnahmen verfolgt die Kostenbeteiligung das Ziel, dass die Kosten für eine medizinische Behandlung vor deren Durchführung festgelegt werden und sich innerhalb eines Rahmens bewegen, den sich der Großteil der Bevölkerung leisten kann. Den ärmsten Bevölkerungsgruppen soll mit Hilfe eines „Reservefonds“ der kostenfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. Von den anfallenden Gebühren, die sowohl für das Gesundheitsministerium als auch für den Patienten vorhersehbar sind, wird ein bestimmter Anteil für Behandlungen zahlungsunfähiger Patienten abgezweigt. Die im März 2001 in zwei Verwaltungsbezirken (Oblast) eingeführte Maßnahme betrifft ungefähr 25% der Bevölkerung. Nach der Einführungsphase durchgeführte Studien lassen auf eine Abnahme der inoffiziellen Zahlungen „im Briefumschlag“ an Gesundheitsfachkräfte und Dienstleister schließen. Somit wurde für die Krankenhäuser eine zusätzliche Einnahmequelle geschaffen. Neueren Erkenntnissen zufolge haben ärmere Menschen von der Maßnahme ebenfalls profitiert, da sie nun Zugang zu vorher unerreichbaren Gesundheitsdiensten haben. Die weitere Entwicklung wird bei der landesweiten Ausbreitung der Maßnahme sorgfältig beobachtet

In **Polen** hat jede Person ungeachtet ihres rechtlichen Status im Notfall einen gesetzlichen Anspruch auf eine Behandlung. Allerdings steht gesellschaftlichen Randgruppen und Minderheiten außerhalb der festgesetzten Berechtigungskategorien keine medizinische Grundversorgung zu. Infolgedessen erhalten diese Menschen erst dann eine Behandlung, wenn ihre Krankheit bereits chronisch oder zu einem Notfall geworden ist. Dann kann eine Behandlung aber bereits zu spät kommen oder sehr kostenträchtig sein und die Betroffenen können bereits andere Personen angesteckt haben. Zur Lösung dieses Problems wurde im Juni 2000 in **Warschau**, der zweitgrößten polnischen Stadt, ein Programm ins Leben gerufen, durch das alle Bewohner ausgewählter Obdachlosenheime ungeachtet ihres Status eine medizinische Grundversorgung erhalten. Derzeit nehmen zwei Heime an diesem Programm teil. Beide verfügen über Behandlungsräume für Ärzte und abgetrennte Krankenzimmer. Vielen Menschen wurde durch das Programm eine Behandlung ermöglicht, was zu einer Senkung des Bedarfs an stationären Behandlungen geführt hat. Darüber hinaus konnten frühere Heimbewohner so wieder eine Ganztagsbeschäftigung aufnehmen.

In der **Republik Moldau** mussten Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten sich noch vor zehn Jahren registrieren lassen und eine Bescheinigung mit sich führen. Diese Registrierung hatte zur Folge, dass die Patienten sich weder um eine Arbeitsstelle bewerben konnten noch sich uneingeschränkt im Land bewegen durften. Ermittlungsbeamte suchten nach den Partnern der Betroffenen und registrierten sie bei Vorliegen einer Infektion ebenfalls. Das

Einkommen einer Familie konnte bei Zwangseinweisung eines Ernährers ins Krankenhaus ernsthaft beeinträchtigt werden. In den vergangenen Jahren hat die Regierung versucht, die Menschen ohne die Anwendung von Zwang dazu aufzufordern einen Arzt zu konsultieren, indem sie die Einschüchterungstaktiken der Vergangenheit durch vertrauliche und anonyme Behandlungen ersetzt hat. Der Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung wurde eingeleitet, um das Gesundheitssystem und den Patienten finanziell zu entlasten. Neue Arzneimittel und die Umstellung von Labordiagnosen auf Syndrom-Fallmanagement versprechen eine kürzere Wartezeit bis zur Behandlung. Dabei werden den Patienten Leistungen kostenlos angeboten. Ehrgeizige erste Schritte werden auch im Bereich der Prävention unternommen. Sie richten sich auf die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Ursachen und Konsequenzen der sexuell übertragbaren Krankheiten und die Dringlichkeit von Reihenuntersuchungen. Zudem werden neue Methoden entwickelt. Die Erforschung von Einstellungen leistet einen Beitrag zu Aufklärungsprogrammen, Partnerschaften mit nicht-staatlichen Organisationen unterstützen die Umsetzung von Informationskampagnen, und teure stationäre Behandlungen werden durch erschwinglichere ambulante ersetzt, die auch weniger in das Leben der Betroffenen eingreifen. Im Jahr 2001 wurden unter den neuen Bedingungen landesweit 470 000 Menschen einer kostenfreien Reihenuntersuchung auf sexuell übertragbare Krankheiten unterzogen. 50% der Syphilis-Patienten und 40% der Gonorrhö-Patienten wurden anonym behandelt. Heute besteht das Ziel aller Krankenhäuser und Kliniken darin, infizierte Personen innerhalb von 24 Stunden nach der Reihenuntersuchung zu behandeln - ein wichtiger Beitrag, mit dem die Phase der Nichtbehandlung verkürzt und die weitere Ausbreitung der Krankheit eingedämmt werden kann.

Im **Oblast Orel** in der **Russischen Föderation** ist die Melderate der Tuberkulosefälle von 41,4 pro 100 000 Einwohner im Jahr 1990 auf 71,2 pro 100 000 Einwohner im Jahr 1999 gestiegen. Darüber hinaus erreichte die Rate der Therapieabbrecher in einigen Gebieten 30%, wodurch die Entwicklung arzneimittelresistenter Stämme begünstigt und das Problem vergrößert wurde. In Erkenntnis der Tatsache, dass die Armen der größten Infektionsgefahr ausgesetzt sind, untersuchten die Gesundheitsbehörden des Oblast im Jahr 1999 wirtschaftliche und soziale Fragen im Zusammenhang mit Tuberkulose, Ursachen für den Anstieg der Erkrankungen und Wirksamkeit der Behandlungsweisen. Ein Programm zur Linderung von Problemen mit direkter Auswirkung auf die Tuberkuloseinzidenz wurde eingeleitet. Hierbei handelte es sich um Umstände, die das Immunsystem schwächen, die die Ausbreitung der Krankheit fördern und die Annahme der Behandlung beeinträchtigen konnten. Dem Programm liegt die DOTS-Strategie zugrunde (eine direkt überwachte, ambulante Kurzzeittherapie). Wenn die Patienten die Klinik aufsuchen, um ihre Arzneimittel einzunehmen, erhalten sie auch Tages- und Wochenrationen an

Lebensmitteln. Diese Maßnahme soll die Erkrankten nicht nur dazu motivieren, ihre Behandlung bis zur Genesung zu Ende zu führen, sondern sie soll auch erreichen, dass selbst die Ärmsten unter den Erkrankten nicht hungern. Die Erfolgsrate des Gesamtprogramms ist ermutigend: Die Rate der Therapieabbrecher liegt Berichten zufolge bei rund 3%. Eine hochrangige Arbeitsgruppe aus Spitzenbeamten des Gesundheitsministeriums, des Justizministeriums und der Akademie der medizinischen Wissenschaften erwägt derzeit, das Projekt auf das gesamte Land auszuweiten.

Die Fallstudie aus **St. Petersburg, Russische Föderation**, beschäftigt sich mit sozial schwächeren städtischen Bevölkerungsgruppen, denen gesunde Grundnahrungsmittel fehlen, was zu niedrigem Geburtsgewicht, verkümmertem Wachstum und auf lange Sicht zu einem erhöhten Risiko chronischer oder infektiöser Erkrankungen führen kann. Der Städtische Gartenbauverein von St. Petersburg, der 1992 offiziell als nichtstaatliche Organisation registriert wurde, arbeitet daran, die örtliche Gemüseproduktion zu steigern. Der Städtische Gartenverein verwendet neue Anbaumethoden und ausgewählte Gemüsesorten, die auf Dächern und auf anderen eingeschränkten städtischen Flächen einschließlich Wohnhäusern, Schulen, Krankenhäusern und Anstalten angebaut werden können. Darüber hinaus berät und informiert er Interessenten über den Anbau von Gemüse. Auch wenn der Anbau in kleinem Rahmen erfolgt, wird frisches Gemüse unter den ärmeren Bevölkerungsschichten vertrieben, wenn nötig auf Tauschbasis, und die örtliche Bevölkerung wird über unbekannte, aber nahrhafte Gemüsesorten informiert. Der Städtische Gartenverein hat außerdem mit dem örtlichen Forschungsinstitut Gespräche über den umfassenderen Anbau von nährstoffreichen Bohnensprossen aufgenommen. Neben den Aktivitäten in seiner unmittelbaren Umgebung konnten mit Hilfe des Städtischen Gartenvereins Projekte beim Schiffbauunternehmen Rubin, der Mittelschule Nr. 42 und im Kresty-Gefängnis, in dem 10 000 Insassen untergebracht sind, auf den Weg gebracht werden.

Die im Norden des **Vereinigten Königreichs** liegende Küstenstadt **Blackpool** gehört zu den am stärksten benachteiligten Gegenden Englands. Armut, Obdachlosigkeit, Verschuldung und ein rapider sozialer Wandel führen bei vielen Einwohnern zu Stress und Angst. Sie suchen ihren Hausarzt in der Hoffnung auf Ängste, Spannungen, Schlafstörungen, hohen Blutdruck, Depressionen und andere Beschwerden loszuwerden, die häufig nicht auf medizinische Ursachen, sondern auf eine rapide Verschlechterung ihrer Lebensbedingungen zurückzuführen sind. Nach Absprache mit diesen Ärzten wurde die örtliche Bürgerberatungsstelle gebeten, ihre Dienste in den allgemein akzeptierten Arztpraxen anzubieten. Die Bürgerberatung bot somit die nötige fachliche Beratung in einem akzeptierten Umfeld an, sodass die Bedenken von hilfsbedürftigen Patienten, die zuvor nicht um Hilfe gebeten hatten,

ausgeräumt werden konnten. Eine direkte Überweisung innerhalb der Praxis gewährleistet einen leichteren Zugang für viele sozial Benachteiligte und für Randgruppen: Viele, die den Beratungsdienst CAB-Service in den Arztpraxen in Anspruch nehmen, waren früher nicht in der Lage oder willens, ähnliche Beratungsdienste aufzusuchen. Nutzen aus diesem Projekt ziehen auch die Mitarbeiter der medizinische Grundversorgung, weil sie sich nicht mehr um nicht-medizinische Belange kümmern müssen, sondern sich jetzt auf ihr Fachgebiet konzentrieren können. Abgesehen von der Tatsache, dass die Ärzte und Pflegenden nun wieder mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit haben, sehen die Behörden in dem Projekt einen vorbeugenden Effekt für die lokale Bevölkerung.

Ebenfalls im **Vereinigten Königreich**, im Londoner Bezirk **Newham** profitiert das Projekt „Fit for Work“ vom staatlichen Gesundheitsdienst, der einer der größten Arbeitgeber am Ort ist und unmittelbar zur örtlichen Wirtschaft und dem wirtschaftlichen Wohlergehen des Bezirks beiträgt. Das Projekt basiert auf der Sanierung der Gegend und verknüpft auf diese Weise Gesundheits-einrichtungen und Organisationen im Gesundheitssektor. Die Verknüpfung unabhängiger Einrichtungen erforderte, dass gesundheitliche Aspekte in eine Sprache „übersetzt“ werden mussten, die in vielen verschiedenen Bereichen und Berufen verstanden wird. Die örtlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen arbeiten eng mit den staatlichen Arbeitsämtern und örtlichen Unternehmen zusammen, um ein Ausbildungsprogramm für Langzeitarbeitslose aus diesem Bezirk anzubieten. Für Angehörige der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen konnten Arbeitsplätze im Gesundheitssektor und in Unternehmen anderer Branchen vermittelt werden.

Fallstudien zu Armut und Gesundheit: eine Rahmenanalyse

Bei der Auswahl dieser ersten Reihe von Fallstudien ging es hauptsächlich darum, eindeutig herauszuarbeiten, welche spezifischen Aspekte von Armut und defizitärer Gesundheit durch Maßnahmen des Gesundheitssystems direkt angegangen werden können. Die Fälle wurden zwar nicht danach ausgewählt, ob sie in einen bestimmten Rahmen passen, es könnte jedoch hilfreich sein, die Erfahrungen in Gruppen zu ordnen, sodass Ähnlichkeiten bzw. „Lücken“ in der Auswahl der behandelten Themen aufgezeigt werden können.

Initiativen, die sich mit der Bezahlbarkeit grundlegender Gesundheitsleistungen befassen

In einigen Fallstudien werden Maßnahmen beschrieben, die auf den teilweisen bzw. vollständigen Abbau der finanziellen Hürden gerichtet sind, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen behindern. Beim Expertentreffen in Düsseldorf zum Thema Armut und Gesundheit führte eine Analyse dieser Gruppe von Fallstudien zunächst zu der Erkenntnis, dass es in dieser Frage mindestens zwei wesentliche Gesichtspunkte gibt. Erstens können sich arme Bevölkerungsschichten die Gesundheitsleistungen, die sie bei einer Erkrankung in Anspruch nehmen müssten, nicht immer leisten. Dies führt dazu, dass sie eine ärztliche Behandlung so lange hinauszögern, bis ihre Krankheit einen schweren oder chronischen Verlauf nimmt und in der Folge ihre finanzielle Existenz bedroht. Zweitens könnten sie gezwungen sein, finanzielle Mittel aufzubringen, um entweder die Behandlungskosten oder indirekte, durch die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste verursachte Aufwendungen oder beides bezahlen zu können. Unter diesen Umständen könnten die Betroffenen gezwungen sein, Kredite aufzunehmen, sich zu verschulden, Vermögenswerte zu veräußern oder andere Maßnahmen zu ergreifen, die sie entweder arm machen oder doch näher an die Armutsgrenze heranbringen. Die mit den Gesundheitsdiensten in Zusammenhang stehenden direkten bzw. indirekten Kosten können Betroffene also in die Armut drängen bzw. bereits bestehende Armut verstärken. In diesem Fall wird das Gesundheitssystem selbst zu einer Ursache von Armut. Zur Lösung bzw. Vermeidung dieses Problems untersuchen einige Mitgliedstaaten derzeit Finanzierungsmöglichkeiten für grundlegende Gesundheitsleistungen und bemühen sich darum, dass Betroffene im Bedarfsfall nicht

durch die Kosten von der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste abgehalten werden. Die Analyse der Fallstudien in dieser Gruppe deutet darauf hin, dass die Strukturen und die Regeln des Gesundheitssystems ebenfalls überdacht werden müssen, wenn die Funktionsweise des Gesundheitswesens weder Arbeit noch Auskommen der Betroffenen beeinträchtigen soll.

Zwei Fallstudien veranschaulichen Maßnahmen zur Bewältigung dieses Problems. Die französische Studie konzentriert sich auf das nationale Gesundheitssystem, das bisher für bestimmte sozial schwächere Bevölkerungsgruppen die Kosten für eine Reihe von Leistungen nicht übernommen hatte. Außerdem waren die Antragsverfahren für die Kostenrückerstattung für andere Leistungen so komplex, dass Betroffene von einer Beantragung absahen bzw. sich durch die Beantragung stigmatisiert fühlten. Die Maßnahme bedeutet Gesetzesänderungen und eine Änderung der nationalen Durchführungsbestimmungen. Hier sollte betont werden, dass diese Maßnahme ursprünglich aus Sorge um Randgruppen eingeleitet worden war, von den Gesetzesänderungen jedoch eine viel breitere, finanzschwache Bevölkerungsschicht profitiert.

In der Fallstudie aus Kirgisistan geht es um Fragen der Finanzierung des Gesundheitssystems, einschließlich der Bezahlung von Gesundheitsfachkräften und Gebühren für Patienten; dies ist ein in der Europäischen Region weit verbreitetes Problem. Die Fallstudie dokumentiert den Versuch, das Problem der unvorhersehbaren Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Form von Zahlungen „unter der Hand“ abzumildern, indem eine bestimmte Kostenbeteiligung für den stationären Aufenthalt geleistet wird. Ebenso wird die allgemeine Transparenz des Systems gefördert. Obwohl dieses Modell immer noch als unzureichende Lösung hinsichtlich der Komplexität der Finanzierung von Gesundheitsversorgung angesehen werden kann, so veranschaulicht sie Regelungen, die tendenziell eine Reduzierung der unvorhersehbaren Kosten für Gesundheitsleistungen zur Folge haben, während zusätzliche Ressourcen für die besonders Armen bereitgestellt werden.

Initiativen, die sich mit der fehlenden kulturellen bzw. geographischen Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten befassen

Selbst wenn Gesundheitsdienste offiziell kostenlos erbracht werden, wie dies für eine Vielzahl von Vorsorgeleistungen (wie beispielsweise der Bekämpfung ansteckender Krankheiten) in den meisten Ländern der Europäischen Region der Fall ist, so werden diese Leistungen möglicherweise aufgrund der Art und Weise, in der sie bereitgestellt werden, aus kulturellen Gründen nicht angenommen oder sie sind aufgrund der geographischen Gegebenheiten für Arme im Allgemeinen und für Randgruppen im Besonderen nicht zugänglich. Bestimmte Gruppen mögen in der Tat von der Inanspruchnahme der von ihnen

benötigten präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen ausgeschlossen sein, wodurch ihre Gesundheit auf lange Sicht beeinträchtigt werden kann und sie immer tiefer in den Teufelskreis aus defizitärer Gesundheit und Armut hingeraten. Aufgrund der Analyse der Fallstudien aus dieser Gruppe sind zur Bewältigung dieses Problemtyps folgende Maßnahmen charakteristisch:

- organisatorische Anpassungen, wie dies beispielsweise in den deutschen und polnischen Fallstudien dargestellt wird. Hier wird aufsuchende Arbeit für Randgruppen oder ländliche Bevölkerungsgruppen in unzugänglichen Gebieten geleistet. Man wartet nicht darauf, dass diese Gruppen die Dienste von sich aus aufsuchen;
- auf religiöse und kulturelle Praktiken abgestimmte Öffnungszeiten und Besetzung von Gesundheitsdiensten, Ausbildung und Einstellung von Personal mit Sprachkenntnissen und kulturellem und anthropologischem Wissen zum Abbau von Verständigungsschwierigkeiten – wie in den Fallstudien aus Italien und Kroatien beschrieben;
- berufliche Förderung und Leitlinien bzw. gesetzliche Bestimmungen zur Chancengleichheit, um die Einstellung des Personals im Umgang mit ärmeren Patienten zu verbessern und eine offensichtliche Diskriminierung zu vermeiden, wie in der Fallstudie aus Ungarn dargestellt.

Initiativen, die das Armutsproblem und Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinn direkter angehen

„Krankheit belastet die wirtschaftliche Entwicklung in hohem Maße ... Wirtschaftliche Entwicklung setzt jedoch mehr voraus als nur gesunde Menschen ... Wirtschaftliche Entwicklung ist ein multisektoraler Prozess, und die Strategie für eine wirtschaftliche Entwicklung muss auf einem breiten Spektrum von sozialen Investitionen sowie auf Strategien beruhen, die Investitionen im privaten Unternehmensbereich fördern“.⁵

Sind die Voraussetzungen für die Entwicklung der Fähigkeiten eines Menschen (d. h. Arbeit, akzeptable Wohnsituation, Sicherheit) nicht gegeben, dann werden die Patienten immer nur vorübergehend geheilt und müssen erneut behandelt werden, wenn sie wieder erkranken. Doch können denn Gesundheitssysteme zur wirtschaftlichen Entwicklung im breiteren Sinn beitragen?

Auf den ersten Blick mögen die im Gesundheitswesen Beschäftigten meinen, dass es außerhalb ihres Einflussbereichs liege, weitere finanzielle Mittel für die Armen bereitzustellen oder ihnen bei der Arbeitssuche behilflich zu sein, so dass sie über mehr Einkommen verfügen. Einige Fallstudien zeigen jedoch, dass

⁵ *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2001.

durch kreatives Denken möglicherweise Mittel und Wege gefunden werden können, die dem Gesundheitssystem wichtige Einflussmöglichkeiten eröffnen. Hier ist es jedoch häufig notwendig, Partnerschaften mit Organen oder Organisationen außerhalb des Gesundheitssektors einzugehen, um eine Verringerung der Armut zu bewirken.

Drei Fallstudien lassen sich dieser Kategorie zuordnen. Die Fallstudie „Fit for Work“ im Londoner Bezirk Newham steht mit einer Regierungsmaßnahme in Zusammenhang, die Ungleichheit im Bereich Gesundheit abbauen soll. Viele örtliche Gesundheitsbehörden im Vereinigten Königreich erkennen derzeit, dass die örtlichen Einheiten des staatlichen Gesundheitsdienstes in unterentwickelten Gebieten sowohl der Hauptarbeitgeber als auch der Hauptabnehmer von Waren und Dienstleistungen sind. Die örtlichen Anbieter von Gesundheitsdiensten haben wie die in Newham bewusst versucht, den Arbeitsmarkt zu stimulieren und Arbeitsplätze in der unterentwickelten Region, in der sie tätig sind, zu schaffen, indem sie beispielsweise Trainingsprogramme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gestartet und die Rekrutierung ortsansässiger Arbeitskräfte für offene Stellen im staatlichen Gesundheitsdienst gefördert haben. Außerdem haben sie ihre beträchtliche Kaufkraft eingesetzt, um Waren und Dienstleistungen von Lieferanten in den umliegenden benachteiligten Gebieten einzukaufen, wodurch sie ebenfalls zur Ankurbelung der örtlichen Wirtschaft beigetragen haben.

Ein weiteres Beispiel aus dem Vereinigten Königreich ist die Fallstudie aus Blackpool. Sie belegt, welche Vorteile durch Rechtsberatung zum Thema Sozialhilfe und Schuldnerberatung in der Primärversorgung entstehen können. Im Vereinigten Königreich werden jährlich mehrere Millionen Pfund Sozialhilfe nicht beantragt. Studien ergeben, dass dies mit als schwierig empfundenen Verfahren zur Beantragung von Sozialleistungen zusammenhängt. Insbesondere ältere Menschen beantragen nur ungern etwas, was sie als „Almosen“ ansehen, obwohl sie einen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistungen haben. Zu den nicht beantragten Leistungen gehören u. a. Einkommenszuschüsse, Behindertengeld und Kostenübernahme für häusliches Pflegepersonal. Rechtsberater, die für die Beantragung von Sozialleistungen ausgebildet sind, halten in Gesundheitszentren Beratungen ab, bei denen sie den gesetzlichen Anspruch der Patienten auf staatliche Unterstützung prüfen und ihnen bei der Beantragung der ihnen zustehenden Leistungen helfen. Darüber hinaus verhandeln sie im Namen des Klienten mit verschiedenen staatlichen Einrichtungen, wenn sich dieser verschuldet hat (beispielsweise bei der örtlichen Wohnungsgesellschaft durch überfällige Miete). In den vergangenen Jahren haben Initiativen wie die in Blackpool dazu beigetragen, dass Klienten mehrere Hundert Pfund erhalten haben. Sobald der Antrag einmal gestellt ist, wird die Leistung häufig über mehrere Jahre hinweg gezahlt. Diese Maßnahmen sind

deshalb ein sehr direkter Weg, einerseits das Einkommen der Armen zu erhöhen und andererseits dazu beizutragen, dass die Sozialprogramme bei der entsprechenden Zielbevölkerung greifen. Die Auswirkungen von Initiativen wie der in Blackpool beschränken sich dabei häufig nicht nur auf Arme. Auch chronisch Kranke mit mittlerem Einkommen können von ihnen profitieren, weil sie aufgrund der Aufwendungen für Transportleistungen und eine Haushaltskraft Einkommensverluste in Kauf nehmen müssen und als Folge davon verarmen können.

In der Russischen Föderation stellen die hängenden Gärten von St. Petersburg ein weiteres Beispiel dafür dar, wie das Problem der Armut und ihre Determinanten angegangen werden können. Die Fallstudie veranschaulicht, dass Gruppen der Zivilgesellschaft dazu beitragen können, das Problem von Lebensmittelmangel und Mangelernährung zu lindern, indem sie mit staatlichen Behörden, nichtstaatlichen Organisationen und örtlichen Bevölkerungsgruppen partnerschaftlich daran arbeiten, den Zugang zu frischem Obst und Gemüse für arme Bevölkerungsgruppierungen zu verbessern. Damit schaffen diese Gruppen außerdem Möglichkeiten für wirtschaftliche Aktivitäten.

Initiativen, die sich ausdrücklich mit „Armutskrankheiten“ befassen

Als wichtigste gesundheitliche Gefahr für das wirtschaftliche Wachstum einer Vielzahl von Ländern gelten weit verbreitete Krankheiten wie Malaria, HIV/Aids, Tuberkulose und Kinderkrankheiten. Gleichzeitig gibt es eine Reihe wirksamer Gesundheitsmaßnahmen, um diesen Gesundheitsgefahren entgegenzuwirken.⁶

Zwei Initiativen konzentrieren sich ausdrücklich auf die sogenannten „Armutskrankheiten“. In der Russischen Föderation baut eine aus Vertretern der Gesundheitskommission des Verwaltungsbezirks Orel, der WHO, des Russischen Roten Kreuzes, des Internationalen Roten Kreuzes sowie anderer Organisationen bestehende Vereinigung ein Sozial- und Nahrungsmittelnetzwerk für Tuberkulosekranke auf. Durch die Anwendung der DOTS-Strategie, einer direkt überwachten, ambulanten Kurzzeittherapie, trägt dieser zweigleisige Ansatz dazu bei, die Wirksamkeit der Tuberkulosebehandlung, insbesondere unter den Ärmsten der Gesellschaft, zu verstärken.

In der Fallstudie aus der Republik Moldau geht es um die Vorschriften bei sexuell übertragbaren Krankheiten (obligatorische stationäre Behandlung und begleitende Verfahren zur Umgebungsuntersuchung und Ermittlung von

⁶ *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2001.

Ansteckungsquellen). In vielen Fällen haben diese Regeln dazu geführt, dass Patienten ihre Arbeit und in manchen Fällen auch ihre Unterkunft verloren haben, wodurch sie tiefer in die Armut hineingedrängt wurden. Die Maßnahme bedeutete eine Änderung der staatlichen Praxis und neue Behandlungsmethoden und Meldeverfahren zur Ermittlung von Ansteckungsquellen.

Es gibt selbstverständlich noch weitere Möglichkeiten, die Fallstudien zu kategorisieren. Das hier dargelegte Konzept ist nur ein Ausgangspunkt. Die Autoren möchten die Leser dazu einladen, sich auf die nachfolgenden realistischen Darstellungen einzulassen und sich von der Vielfalt der Erfahrungen der WHO in der Europäischen Region inspirieren zu lassen.

Fallstudie 1

Die Überwindung kultureller Barrieren bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in Kroatien

Jelena Sedlak

Die Roma

Sie werden „Zigeuner“, „Roma“ oder „Kinder Gottes“ genannt. Sie glauben an das Schicksal und vertrauen auf eine bessere Zukunft. Sie „wissen“, dass ihr Schicksal weder Armut, noch Benachteiligung, Arbeitslosigkeit oder eine geringe Lebenserwartung verheißt. Sie sagen gerne, dass die Schönsten unter ihnen „schokoladenfarben“ seien. Sie glauben an ihre Traditionen, und ein Großteil führt immer noch ein Nomadenleben mit all den Vor- und Nachteilen, die eine solche Lebensweise mit sich bringt. In den meisten ihrer Dörfer gibt es noch kein fließendes Wasser, keinen Telefonanschluss, keine Kanalisation und auch keinen Strom. Und sie alle leben auf Land, das ihnen nicht gehört. Mit ihrer sozialen Benachteiligung und den Träumen von einer besseren Zukunft leben sie in sehr großen Familien. In einem ihrer Träume wünschen sie sich ein gesundes und langes Leben in einer Gemeinschaft, die weniger von Armut geprägt ist, als es diejenige ihrer Eltern war.

Wenn der Verdacht besteht, dass sich in Kroatien oder seinen Nachbarländern eine Infektionskrankheit ausbreitet, dann sind die Roma-Dörfer eine besondere Zielgruppe für anstehende Impf- und Auffrischkampagnen, und seit 1997 mit großem Erfolg. Nachdem im Jahr 2001 in Bulgarien⁷ Fälle von Poliomyelitis aufgetreten waren, wurden umfangreiche Auffrischungsimpfungen durchgeführt, unter anderem an 800 Roma-Kindern.

⁷ Die Informationen stammen von der Bezirksverwaltung für Gesundheit und Soziales in Me imurje. *Vgl. ebenso*, Imported wild poliovirus causing poliomyelitis, Bulgaria. *Weekly epidemiological record*, **76**(43): 332–335 (2001).

*Roma-Dorf zu Beginn der
Maßnahme im Jahr 1997*



Da Armut und Gesundheit sich gegenseitig ausschließen, muss bei den Maßnahmen zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten auch nach Wegen gesucht werden, wie diese ethnische Gruppe einen höheren Lebensstandard erreichen kann.

Der Verwaltungsbezirk Me imurje

Me imurje ist mit 730 km² der kleinste Verwaltungsbezirk in Kroatien. Er umfasst drei Städte, 21 Kreise und 129 Siedlungen. Die ersten Ergebnisse der Volkszählung vom 31. März 2001, bei der Bevölkerung, Haushalte und Wohneinheiten erfasst wurden, zeigen, dass die Bevölkerung von 116 225 Personen (48,8% Männer und 51,2% Frauen) jährlich um 0,68% (Geburtenrate 11,3%, Sterblichkeitsrate 10,63%) wächst.⁸ In diesem Verwaltungsbezirk leben ungefähr 4000 Roma.

Im Februar 2002 besuchte ein Team von Gesundheitsexperten drei im Verwaltungsbezirk Me imurje gelegene Roma-Dörfer: Sitnice (mit 340 Einwohnern), (mit 600 Einwohnern) und Pribislavci (mit 522 Einwohnern). Diese drei Dörfer gelten als repräsentativ für alle 16 in der Umgebung von Èakovec, der wichtigsten Stadt im Verwaltungsbezirk, befindlichen Roma-Dörfer. In allen drei Dörfern hat die Hälfte der Bevölkerung das 15. Lebensjahr noch nicht erreicht.

⁸ Veröffentlicht unter www.dzs.hr/StatInfo/Stanov.htm. Zagreb, Kroatien, Staatliches Institut für Statistik (eingesehen im Mai 2002).

Die Roma-Dorfbewohner haben im Vergleich zu vor fünf Jahren, als sie unter äußerst armseligen Bedingungen lebten, bedeutende Veränderungen miterlebt. Heute ist die Einstellung der Roma zu Gesundheitsfragen und dem Schutz ihrer Kinder im Wandel begriffen, was teilweise auf Impfkampagnen sowie Gesundheits- und Vorsorgeprogrammen zurückzuführen ist.

Veränderte Erwartungen

Die Roma-Gemeinschaft beginnt sich um eine allgemein bessere Lebensweise zu bemühen, und man hegt die Erwartung, dass sich die Gesundheitsleistungen und der Gesundheitszustand verbessern. Beweise für diese veränderte Einstellung lassen sich in einigen Roma-Siedlungen finden. Der noch vor wenigen Jahren in dieser Gegend vorherrschende Haustyp – eine kleine Lehmhütte – wurde von neuen Häusern abgelöst, die aus Ziegelsteinen gemauert sind. Die Roma sind sesshafter geworden, konnten dadurch ihre persönlichen Lebensbedingungen verbessern und wurden in stärkerem Maße in die Gesellschaft integriert.

Mehr als die Hälfte der Roma in Kroatien lebt im Verwaltungsbezirk Međimurje. Ihre Vorfahren kamen – von den Trauerweiden angezogen – im 13. Jahrhundert hierher. Aus dem Holz der Trauerweiden fertigten sie Werkzeuge und andere Gegenstände, die sie verkauften, um sich und ihre Familien zu ernähren. Von der modernen Roma-Bevölkerung würde man andere Berufe erwarten, doch tatsächlich ist ein Großteil von ihnen arbeitslos. In einem Land, in dem das jährliche Durchschnittseinkommen 4179 US-\$ beträgt und die Arbeitslosenquote auf 21,1% geschätzt wird, d. h. dass 357 872 Menschen ohne Arbeit sind, sind sie deshalb immer noch die ärmste Minderheitengruppe.⁹

Die Arbeitslosenquote der Roma-Bevölkerung wird auf ungefähr 33% geschätzt. Die genaue Zahl ist jedoch nicht bekannt, da es bei der Erfassung keine Unterteilung nach Minderheiten oder ethnischer Zugehörigkeit gibt. Das Einkommen einer Roma-Familie beträgt ungefähr ein Drittel des nationalen Durchschnittseinkommens. Die meisten Roma-Familien leben von Sozialhilfe.

Verständigung

Das Land, auf dem sich die Siedlungen der Roma befinden, ist in staatlicher oder privater Hand und beim Aufbau einer Infrastruktur lassen sich viele Schwierigkeiten feststellen. Die Bezirksbehörden haben der Regierung von Kroatien zwei Projekte vorgelegt, mit denen die beiden größten Probleme der Roma-Minderheit verringert werden sollen: 1) die Roma-Siedlungen sollen rechtlich anerkannt werden, und 2) die zwischen den Roma- und den

⁹ Die Daten für das Jahr 2000 wurden vom Staatlichen Institut für Statistik, Zagreb, Kroatien veröffentlicht.

*Dragutin Lesar, Vorsitzender der
Abteilung für Gesundheit und
Soziales des Bezirks Me imurje*



kroatischen Gemeinden mangels einer gemeinsamen Sprache aufgetretenen Verständigungsschwierigkeiten sollen überwunden werden. Eine Gruppe von Roma-Angehörigen wird zu Lehrern ausgebildet, um zum Abbau der Sprachbarriere beizutragen. Bei diesem Projekt sollen jedoch nicht die Roma-Dorfbewohner Kroatisch lernen, sondern die Angestellten der kroatischen Gemeinde, die mit Angehörigen der Roma Kontakt haben, sollen Romani, die Sprache der Roma, erlernen.

Bei diesem Ansatz bleibt die ethnische Identität des Roma-Volkes und die Integrität der Gemeinschaften erhalten, während gleichzeitig die Integration in die kroatische Gesellschaft bis zu einem gewissen Grad gefördert wird. Bisher konnte man Roma-Kinder nur selten dazu motivieren, die Grundschule bis zum Erwerb des Schulabschlusses zu besuchen. Erfolge auf diesem Gebiet wären ein weiterer wichtiger Durchbruch.

Der Vorsitzende der Bezirksabteilung für Gesundheit und Soziales hält Sprache und ethnische Identität für äußerst wichtige Themenkomplexe:

Für einige Menschen mögen Janica Kostelic [eine erfolgreiche Skifahrerin], Dra en Petrovic [Basketballspieler] oder Davor uker [ein berühmter Fußballspieler] Idole sein, aber diesen Kindern müssen ihre eigenen Landsleute zeigen, dass auch sie erfolgreich sein und sogar zu den Besten gehören können. Warum haben wir nicht 20 Roma-Krankenschwestern, zehn Roma-Polizeibeamte? Warum haben wir keine Schulen, in denen der Unterricht in ihrer Sprache abgehalten wird? ... 900 Kinder gehen zur Grundschule und allein in unserer Gegend bereiten sich weitere 1000 auf die Grundschule vor. Sie sollten auf Romani unterrichtet werden. Aber es gibt keine Lehrer unter den Roma. Wenn wir das Problem ernsthaft lösen wollen, müssen wir die Kinder dazu ermutigen, einen Schulabschluss zu erwerben.

Lesar glaubt jedoch nicht, dass man das Problem durch Sozialhilfe lösen kann.

Die wirtschaftliche Situation

Im Verwaltungsbezirk Me imurje erhalten 1557 Familien finanzielle Unterstützung, die sich auf dem Niveau des Existenzminimums bewegt. 53% dieser Familien sind Roma-Familien. Obwohl sie nur ungefähr 3,4% der Bevölkerung

Die Überwindung kultureller Barrieren in Kroatien

stellt, erhält die Gemeinde, in der die Arbeitslosenrate außerordentlich hoch ist, einen viel größeren Anteil aus dem Sozialfonds des Verwaltungsbezirks Me imurje. Bis Ende 2001 erhielten arbeitslose Mütter mit drei Kindern oder Zwillingen Unterstützung; von den 580 Müttern dieser Gruppe waren ungefähr 300 Roma-Mütter. Roma-Familien haben in der Regel zwischen vier und zehn Kinder. 48% der Familien erhalten Sozialhilfe, die dem Existenzminimum entspricht.¹⁰

Natalija ist ein Beispiel für eine arbeitslose Mutter. Sie ist 25 Jahre alt, hat fünf Kinder und keinen Beruf. Mit dem Vater ihrer Kinder lebte sie zwar zusammen, doch sie waren nicht verheiratet. Als er im vergangenen Jahr verstarb, hatte sie keinen rechtlichen Anspruch auf die sonst übliche Witwenrente. Natalija ist selbst eines von zehn Kindern, und sie erinnert sich, dass ihr Leben, gekennzeichnet von der Erwartung eines frühen Todes, nicht einfach war. „Ich konnte nicht verstehen, warum meine Schwestern und Brüder verschwanden. Wir waren selten beim Arzt. Vielleicht wegen der übertragbaren Krankheiten, aber wer weiß das schon? Die Ärzte waren weit weg, und ein Kind starb normalerweise, bevor es dort ankam.“ Als Mutter, die einer neuen Generation angehört, beschreibt sie ihre eigene Situation dagegen folgendermaßen: „Alle meine Kinder sind geimpft worden, dank der Ärzte, die in unsere Dörfer kommen, insbesondere dank Dr. Vi nja [Smilovic, Mitglied des Gesundheitsteams, das die Verständigungsinitiative gegründet hat, siehe unten]. Aber die vorhergehenden Generationen haben sich wenig Gedanken über Schutzimpfung gemacht.“



Natalija, Mutter von fünf Kindern

Ihr Nachbar Nedjeljko ist 29 Jahre alt. Im Alter von 17 Jahren wurde er zum ersten Mal Vater, jetzt hat er drei Töchter. Gemäß des bis Anfang 2002 geltenden Gesetzes bekam die Familie ab dem dritten Kind Sozialhilfe; große Familien genossen also beträchtliche finanzielle Vorteile. „Es war sehr bequem, „traditionell“ zu sein“, berichtet Lesar. Obwohl das Gesetz nicht mehr in Kraft ist, gibt es immer noch große Familien, und die Hauptaufgabe besteht in der

¹⁰ Zentrum für soziale Fragen der Bezirksverwaltung Me imurje.

Nedjeljko mit seinen drei Töchtern



Erhaltung ihrer Gesundheit. Nedjeljko erklärt, dass das jetzt möglich sei. „Meine älteste Tochter wird in der Schule geimpft.“ Er fügt hinzu: „Die Kleinen werden hier im Dorf geimpft und es ist eine große Hilfe, dass die Ärzte hierher kommen. Wir haben kein Auto und die Klinik ist mehr als zehn Kilometer von hier entfernt.“

Über seine eigene Erfahrung als Kind sagt er: „Ich kann mich nicht erinnern, dass meine Eltern wussten, wie wichtig die Impfungen sind. Im Gegenteil, sie dachten, dass sie für uns Kinder schlecht seien. Sie denken immer noch, dass es sinnlos ist, Kinder zu impfen.“

Alte Einstellungen überwinden

Als die Verständigungsinitiative gestartet wurde, war die Einstellung der älteren Generation immer noch vorherrschend und traditionelle Verhaltensweisen übten weiterhin eine große Wirkung aus. Eine Reihe dieser Traditionen waren jedoch schlecht für die Gemeinschaft und den Einzelnen. Bis vor wenigen Jahren standen die Epidemiologen vom Institut für Public Health des Verwaltungsbezirks Me imurje bei der Umsetzung des Impfprogramms vor einer schwierigen Aufgabe.

Ein Teil der Schwierigkeiten war durch die letzte, 1983 in diesen Dörfern aufgetretene Poliomyelitis-Epidemie bedingt, die unmittelbar nach einem in den Roma-Siedlungen durchgeführten Impfprogramm ausbrach. Als vier Kinder nach der ersten Impfung an Kinderlähmung erkrankten, wurden einige alte Vorurteile gegenüber organisierten Impfprogrammen bestärkt.

Infolge dieser Erfahrung, so erklärt Dr. Smilovic, traten einige der Probleme auf, die sie bei ihrer Arbeit mit den Roma bewältigen musste.

Die Überwindung kultureller Barrieren in Kroatien

Nachdem die Epidemie von 1983 abgeklungen war, wurde nachgewiesen, dass die Kinder nicht infolge der Impfung an Poliomyelitis erkrankt waren. Die Roma glaubten dies jedoch nicht, sondern hielten die Impfung weiterhin für die Ursache der Krankheit. Deshalb war es sehr schwer, sie davon zu überzeugen, ihre Kinder noch einmal impfen zu lassen. Wir standen vor einer schwierigen Aufgabe.

Der Widerstand war groß, insbesondere in dem Dorf, in dem die Kinder vor 14 Jahren erkrankt waren. Wir hatten Angst, dass sich infolge einer Reaktion auf die Impfung noch einmal ein Zwischenfall ereignen könnte. Obwohl wir Vorsichtsmaßnahmen gegen mögliche negative Auswirkungen getroffen hatten, waren wir uns immer auch der Bedingungen bewusst, unter denen wir arbeiten mussten: Manchmal legten wir in einer Hütte einfach eine Tischdecke über einen improvisierten Arbeitsplatz ... das war auf keinen Fall mit den Bedingungen in der Klinik vergleichbar. Ich erinnere mich, dass ein Roma-Kind einmal eine Gegenreaktion zeigte – Ausschlag am ganzen Körper – und der Vater mich ganz einfach umbringen wollte. Ich konnte keine Erklärung abgeben, sondern brachte das Kind in der Hoffnung, dass es am Leben bleiben würde, einfach zum Krankenwagen und fuhr es in die Klinik. Gott sei Dank ist am Ende alles gut ausgegangen. Wenn gravierende Folgen aufgetreten wären, hätten wir erneut unsere Glaubwürdigkeit verlieren können.

Sprache als Brücke

Wenn das Vertrauen erschüttert ist, muss man sich Gedanken über die Ursache machen. Wenn die Ursache jedoch wie in diesem Fall nicht rational begründet ist, dann muss man über Brücken nachdenken, über die man das Vertrauen wieder gewinnen kann. In diesem Fall war die Brücke die Roma-Sprache und das Ergebnis war erneutes Vertrauen.

Das Team des Instituts für Public Health, das die Roma aufsucht, besteht aus vier bis fünf Ärzten, vier Krankenschwestern, Technikern und im Gesundheitsbereich tätigen Hilfskräften. Um in der Lage zu sein, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und die bestehenden Schwierigkeiten zu überwinden, lernte das Team Romani. Zwar spricht niemand die Sprache fließend, doch reichte es dazu, eine echte Beziehung zu den Mitgliedern der Gemeinschaft aufzubauen. Dr. Smilovic erinnert sich an den ersten Durchbruch: „Wenn ich sie bitte, den Mund aufzumachen, zu atmen oder zu schlucken, oder wenn ich einem Mädchen im Teenager-Alter sage, dass es schön ist, oder wenn ich mit ihnen so spreche, wie ihre Mutter mit ihnen spricht, dann baue ich ein klein wenig Vertrauen auf. Es ist nicht so schwierig, Romani zu lernen. Die Ärzte haben alle ein selbst geschriebenes Wörterbuch auf losen Blättern, das sie in ihrem Krankenwagen aufbewahren.“

Ihr Romani-Lehrer gehörte zu den Führern des Dorfes Sitnice. Doch auch andere Dorfbewohner haben bei dieser Initiative gerne mitgeholfen.

Dr. Smilovic, ihr „Lehrer“ (Franc) und die Kinder



Obwohl die Initiative kein Geld kostete und Fortschritte gebracht hat, bleibt die Frage hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit noch unbeantwortet. Die Ärzte sagen, dass sie nicht die Absicht hätten, in eine andere Praxis zu wechseln. Sollten sie es dennoch tun, müssten ihre Nachfolger ihre Initiative fortsetzen. „Es ist nicht schwierig, die Sprache zu lernen, und wenn man es geschafft hat, dann zeigt sich das Resultat insbesondere an der Gesundheit der Kinder einer Minderheit“, erklärt Dr. Smilovic. Die Ergebnisse (Tabelle 1) sind in der Tat beeindruckend.

Tabelle 1:
Vergleichende Impfraten aus 2000

Art der Impfung	Gesamtkroatien (%)	Verwaltungsbezirk Me imurje (%)
Erstimpfung	93,5	95,7
Zweitimpfung	94,3	97,6

Quelle: Kroatisches Institut für Public Health.

Hintergrund der Maßnahme

Den Angaben der Entbindungsstation des Bezirkskrankenhauses zufolge hat eine Vielzahl junger Roma-Angehöriger gemäß dem Gesetz über die allgemeine Krankenversicherung einen Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Das Gesetz sichert den unter 18-Jährigen den Zugang zu kostenloser Gesundheitsversorgung. Die jungen Menschen müssen an den nationalen Impfprogrammen teilnehmen. Auf Grund ihrer Lebensweise, der sozialen Bedingungen und ihrer

Die Überwindung kultureller Barrieren in Kroatien

schlechten finanziellen Situation sind die Roma für Krankheiten, insbesondere übertragbare, anfällig. Bis vor kurzem ließen sie ihre Kinder nur ungerne und unregelmäßig impfen. Laut Bericht des Instituts für Public Health des Verwaltungsbezirks Me imurje wurden im Jahr 1994 266 Roma-Kinder gegen Poliomyelitis geimpft, 1995 waren es 191 und 1996 belief sich die Zahl auf 404.

1997 gab es innerhalb weniger Monate zwei mutmaßliche Ausbrüche von Poliomyelitis. Auf beide Ausbrüche reagierte man mit Impfmaßnahmen. Im Verwaltungsbezirk Me imurje wurde die Einrichtung eines speziellen Impfprogramms als vordringlich angesehen. Hiermit war der Grundstein für die Verständigungsinitiative gelegt: Dr. Smilovic und die anderen Teammitglieder begannen, die Sprache ihrer Roma-Patienten zu lernen. Die Initiative des örtlichen Instituts für Public Health führte dazu, dass zunächst 400 Roma-Kinder geimpft wurden; danach wurde eine kleine Kampagne in dem Roma-Dorf Drzimurec durchgeführt. Bei den unter 16-Jährigen war eine Erfolgsquote von über 95% zu verzeichnen, wobei es sich hier um genau die Gruppe handelte, die vorher auf Grund der Ängste und der traditionellen Einstellung ihrer Eltern nicht geimpft worden war.

Am 21. Oktober 1997 erhielt das Institut für Public Health des Verwaltungsbezirks Me imurje die Nachricht, dass ein 14-jähriges Roma-Mädchen aus Drzimurec an einer akuten Lähmung erkrankt sei, und zwar unmittelbar nachdem die zweite Impfung durchgeführt worden war. Eine durch Zecken verursachte Hirnhautentzündung wurde diagnostiziert, und es wurde eine weitere Kampagne eingeleitet. Bei dieser Kampagne wurden zusätzliche Anreize geschaffen: Das Büro des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) in Kroatien spendete 800 Kilogramm Babynahrungsmittel. Das Institut für Public Health des Verwaltungsbezirks Me imurje nahm die Gelegenheit wahr, um seine Broschüre Kinder vor übertragbaren Krankheiten schützen: *Wann soll ich*



1997 – UNICEF-Lebensmittelpakete und Informationsbroschüren zum Impfschutz

mein Kind impfen lassen? zu verteilen. In dieser Broschüre war der gesamte Impfplan für Kinder von 3 Monaten bis 19 Jahren detailliert beschrieben.

Die Nahrungsmittel und Informationen, die zu einer Teilnahme am Impfprogramm bewegen sollten, wurden positiv aufgenommen. Dies geschah teilweise auf Grund der bereits bestehenden Beziehung zwischen dem Romansprechenden Gesundheitsteam und der Roma-Bevölkerung.

Dr. Smilovic berichtet, dass während der beiden Kampagnen im Jahr 1997 „Gesundheitsfachkräfte aus dem Bereich der Primärversorgung 472 Kinder und bei nachfolgenden Aktionen 418 Kinder impften.“ Gesundheitsdienste spielen bei der Gesundheitsförderung zwar eine führende Rolle, erklärt Dr. Smilovic. Die Zusammenarbeit zwischen städtischen Behörden und anderen sozialen Strukturen wie Schulen, Sozialämtern, öffentlichen Diensten und nichtstaatlichen Organisationen, die Einfluss auf die Gesundheit haben, sind jedoch von allergrößter Bedeutung. Insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie die Roma sind sie von größter Wichtigkeit.

„Es gibt immer noch eine Reihe von ungelösten Problemen“, betont Ljudevit, Führer des Roma-Dorfes Pribislavec. Diese Probleme stehen nicht in direktem Zusammenhang mit der Impfung der Roma-Kinder, sie können deren Gesundheit und Zukunft jedoch auf andere Weise beeinflussen, wie zum Beispiel das Nichterreichen eines Schulabschlusses. Im Moment schließt nur jedes zehnte Roma-Kind die Grundschule ab und noch viel weniger Jugendliche beenden die Mittelschule. Ljudevit ist der Meinung, dass sich diese traurige Statistik bessern könnte, wenn die Lehrer die Roma-Sprache sprächen – so wie die Ärzte.

Die öffentlichen Dienste verbessern

Die rechtliche Anerkennung der Roma-Siedlungen und deren Anschluss an die Strom- und Wasserversorgung gehören ebenfalls zum Themenkomplex Armut und Gesundheit. Auf Grund der Kosten wird es schwer sein, dieser zum großen Teil arbeitslosen Bevölkerungsgruppe die Elektrizitäts- und Wasserversorgung zu gewährleisten.

Ein weiterer Themenkomplex, der derzeit untersucht wird, ist die Krankenversicherung. Unter den Personen, die nicht vom Gesundheitssystem aufgefangen werden, sind viele Roma, für die die fehlende Krankenversicherung ein großes Problem darstellt. Ein bekannter Trick, eine kostenlose stationäre Behandlung zu bekommen, besteht darin, sich die Papiere einer anderen Person „auszuleihen“. Aber hierdurch können viele Probleme wie beispielsweise die Eintragung falscher Angaben über Gesundheitszustand oder Sozialleistungen entstehen. Einmal ist eine Person mit einer „geliehenen“ Versicherung im

Die Überwindung kultureller Barrieren in Kroatien

Krankenhaus gestorben und der tatsächliche Eigentümer der Papiere konnte nicht beweisen, dass er nicht der Verstorbene war!

Der Vorsitzende der Bezirksabteilung für Gesundheit und Soziales, Dragutin Lesar, ist der Ansicht, dass mit Hilfe von Maßnahmen wie der Verständigungsinitiative sowohl Einstellungen verändert als auch Vertrauen zwischen der Bevölkerung und den Gesundheitsfachkräften aufgebaut werden können. „In Zukunft wird unsere wichtigste Aufgabe darin bestehen, die Roma über Gesundheitsfragen und ihre Pflichten und Aufgaben als verantwortungsbewusste Eltern aufzuklären“, führt er aus. „Sie müssen es als ihre eigene Verantwortung begreifen, ihre Kinder zum Impfen in die Klinik zu bringen, und nicht darauf warten, dass die Ärzte in ihre Dörfer kommen und Geschenke mitbringen, damit sie ihre Kinder impfen lassen.“ Er ist der Meinung, dass ein solcher Ansatz unverantwortliches Verhalten fördert. „Die Lösung“, erklärt Lesar „läge darin, Sozialhilfe und Arbeitslosengeld in die Gesundheitserziehung sowie in die Schulausbildung und in ein Trainingsprogramm für Roma-Mütter zu lenken, bei dem ihnen beigebracht wird, wie sie mit solchen Problemen umgehen können.“

Die Zukunft

Erste Schritte dieser Initiative bestanden darin, dass zum ersten Mal ein Ärzteteam in die Roma-Dörfer ging und die dortige Bevölkerung davon überzeugte, ihre Kinder impfen zu lassen. Es hatte Erfolg, weil es die Sprache der Patienten gelernt und erkannt hatte, dass es Barrieren überwinden konnte, die sonst ein Hindernis für die Gesundheitsversorgung darstellen würden. Natalija und Nedjeljko werden das schlechte Vorbild ihrer Eltern nicht nachahmen; sie wissen jetzt, wie sie die Gesundheit ihrer Kinder schützen können. Mit Hilfe dieses aus Vertrauen und gutem Willen bestehenden Rezepts könnten auch andere Probleme gelöst werden.



Kinder in den Roma-Gemeinden profitieren in steigendem Maße von der Initiative

Der Erfolg aus dem Jahr 1997, in dem eine große Zahl von Roma geimpft werden konnte, hält weiter an. Der Verwaltungsbezirk Me imurje meldet Impfquoten, die die Gesamtimpfquote des Landes übersteigen (Tabelle 1).¹¹

Der Widerstand einzelner sozialer Gruppen gegenüber Impfkampagnen und anderen Public-Health-Initiativen beschränkt sich nicht auf die Bevölkerungsgruppe der Roma oder auf Mitteleuropa. Es wäre ein allzu einfaches Konzept, allein durch Investitionen in das Gesundheitswesen die bestehenden Probleme lösen zu wollen. Wie Lesar und Smilovic bereits dargestellt haben, müssen zusätzliche Schritte bei der Ausbildung eingeleitet und verstärkt Investitionen in die grundlegende Infrastruktur (beispielsweise in sauberes Wasser und Hygiene) getätigt werden.

Bei der vorliegenden Fallstudie konnten mit Hilfe einer konkreten Maßnahme kulturelle Barrieren auf lokaler Ebene abgebaut werden. Dadurch wurde der Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten in armen und häufig isolierten Gemeinden verbessert. Die bisher erreichten Ergebnisse sind offenkundig, und man geht davon aus, dass sie die Krankheitslast langfristig verringern. Das gilt nicht nur für die Roma-Bevölkerung, sondern für das ganze Land. Die Initiative hat gezeigt, dass öffentliche Gesundheitsprogramme – selbst in Ländern mit begrenzten öffentlichen Mitteln – so geändert werden können, dass sie grundlegende Interventionen einschließen.

¹¹ *The Croatian Health Service yearbook 2000*. Zagreb, Staatliches Kroatisches Institut für Public Health, 2001.

Fallstudie 2

Dank Couverture maladie universelle werden die Ärmsten in Frankreich erreicht

Frederika van Ingen

„10% bis 15% meiner Patienten befinden sich in einer finanziell unsicheren Lage“, erklärt Dr. Gilles de Saint-Amand, ein auf dem Land tätiger Allgemeinmediziner. „Zweifelsohne standen manche von ihnen wirklich am Rande der Gesellschaft; sie hatten Schwierigkeiten, eine medizinische Behandlung zu erhalten. Nun aber, dank Couverture maladie universelle [CMU – allgemeine Krankenversicherung], ist es für sie einfacher, mich zu konsultieren. Vom medizinischen Standpunkt aus gesehen ist dies wirklich von Vorteil und verwaltungstechnisch haben sich die Vorgänge auch wesentlich vereinfacht.“ Für die Sozialarbeiter ist CMU ebenfalls günstig. „Seit der Einführung der CMU“, meint Annie Dunant, eine in einem staatlichen Kinder- und Entbindungs-krankenhaus tätige Kinderkrankenschwester, „ist es für uns viel einfacher, Eltern dazu zu bewegen, ihre Kinder im Krankheitsfalle einem Arzt vorzustellen, weil wir wissen, dass es für sie keine finanziellen Probleme aufwirft.“

Die allgemeine Krankenversicherung CMU wurde in Frankreich am 1. Januar 2000 eingeführt. Grundsätzlich soll jede in Frankreich ansässige Person über eine Basiskrankenversicherung verfügen. Eine Zusatzversicherung wird für diejenigen angeboten, deren Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt. Ziel ist eine „Krankenversicherung für alle“, sodass jeder den gleichen Zugang zu medizinischer Behandlung hat.

In Frankreich beruht das Krankenversicherungssystem auf Sozialversicherungsbeiträgen von Angestellten und Arbeitern. Dadurch erhalten diese und ihre Familienangehörigen das Recht auf eine teilweise Erstattung ihrer Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge (Basisschutz). Patienten können ihren niedergelassenen Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt) frei wählen und konsultieren: Sie bezahlen dem Arzt die Behandlung und erhalten dann eine teilweise Rückvergütung durch die Krankenversicherung. Das gleiche Prozedere erfolgt bei Arzneimitteln: Die Patienten zahlen beim Apotheker und erhalten später Geld

zurück. Einen Teil der Krankheitskosten (die so genannte „Zuzahlung“ oder „Eigenbeteiligung“) muss der Patient selber tragen, es sei denn, er schließt eine private Zusatzversicherung oder eine Versicherung auf Gegenseitigkeit (mutuelle) ab, die sämtliche oder einen Teil dieser Kosten übernimmt. Im Jahr 2000 waren 80–85% der Bevölkerung zusatzversichert, sodass diese krankheitsbedingten Kosten zumindest weitgehend ersetzt wurden. Das System gewährt somit einem Großteil der Bevölkerung eine zufriedenstellende Gesundheitsversorgung, aber es gibt immer noch Personen, die davon ausgeschlossen sind.

Vor Einführung der CMU gab es bereits als Fürsorgemaßnahme eine kostenfreie medizinische Hilfe, die von den Regionalverwaltungen (Départements) gesteuert wurde. Bis 1992 erhielten die Ärmsten medizinische Leistungen auf Antrag und bei Bedarf. Dieses System sorgte für Ungerechtigkeit: Die Patienten mussten nicht nur bei jedem gesundheitlichen Problem einen Antrag stellen, sondern wurden auch je nach Département sehr unterschiedlich behandelt.

Ab 1992 wurden die Anfragen zwar weiter an die Verwaltungsstellen des Départements gerichtet, aber in Zusammenarbeit mit den regionalen Geschäftsstellen der gesetzlichen Krankenkassen (Caisses primaires d'assurance maladie, CPAM) bearbeitet. In finanziellen Schwierigkeiten befindliche Personen mussten sich an die regionalen staatlichen Ämter (im jeweiligen Département) wenden, um anstelle einmaliger Leistungen eine ein Jahr gültige Anspruchsbcheinigung für sich und ihre Familienangehörigen zu erhalten. Das war ein gewisser Fortschritt, aber die ungleiche Behandlung je nach Département blieb bestehen.

Zudem wuchs das Ausmaß der Armut. Der Soziologe Olivier Quérroul, technischer Berater der CMU-Kasse und früherer Berater der interministeriellen Arbeitsgruppe zum Thema garantierter Mindestlohn, stellt fest:

Von den 60er Jahren, als die Hälfte der Bevölkerung sozialversichert war, bis zu den 80er Jahren, als der Prozentsatz auf 98% angestiegen war, sahen wir den vollkommenen Erfolg des Sozialversicherungssystems. Aber die Existenz der übrigen 2% war unhaltbar. Erstens aus menschlicher Sicht und zweitens, weil wir damit ein System geschaffen hatten, das das Recht von 60 Millionen Menschen auf Krankenversicherungsschutz überprüfen musste, um die 2% ausfindig zu machen, die keinen Anspruch darauf hatten.

Seit Einführung der Krankenversicherung wurden die Leistungen auf die Familienangehörigen der Arbeiter (der Begünstigten) ausgedehnt und ein persönliches Versicherungssystem für Personen entwickelt, die nicht über ihren Arbeitsplatz versichert sind. Das System finanziert sich jedoch weiterhin durch Beiträge. In den 80er Jahren hofften wir auf Vollbeschäftigung und dadurch Krankenversicherungsschutz für

alle. Dies war aber nicht der Fall. Zwischen 1993 und 1998 verdreifachte sich die Zahl der Personen, die medizinische Leistungen in Anspruch nahmen (von einer auf drei Millionen bzw. 5% der Bevölkerung). Man konnte nicht mehr nur von „sonstigen Randgruppen“ sprechen. Das Sozialversicherungssystem, das seit seinen Anfängen im Jahr 1945 einen immer breiteren Rahmen abdeckte, musste dieses Problem in Angriff nehmen und eine Reihe führender Politiker begann nach Lösungen zu suchen.

Im Jahr 1997 deckte eine Studie des französischen Forschungsinstituts CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) Ungerechtigkeiten bei der Gesundheitsversorgung auf. Etwa 600 000 Personen hatten nach dieser Studie keine Sozialversicherung. Außerdem verfügten 16% der Bevölkerung über keine Zusatzversicherung. Viele davon verzichteten auf eine Behandlung, weil sie es sich nicht leisten konnten, einen Teil der Krankheitskosten zu übernehmen.

Das Problem verschärfte sich dadurch, dass die Kosten einer ambulanten Behandlung vom Basisschutz nur zu einem geringeren Satz (60–70%) als bei stationärer Behandlung (80–95%) erstattet wurden. Infolgedessen zögerten Patienten, in einem frühen Stadium einer Krankheit einen Arzt aufzusuchen, weil sie sich die Behandlung nicht leisten konnten. Etienne Caniard, Vize-Präsidentin des Nationalen Französischen Verbandes der Versicherungen auf Gegenseitigkeit, stellt fest:

Diese Umstände zeigen, dass eine Basiskrankenversicherung nicht ausreicht, um allen eine medizinische Behandlung zu garantieren. Es wurde daraufhin folgende Frage an Martine Aubry, die damalige Ministerin für Arbeit und Solidarität, gestellt: Muss das Gesundheitssystem, um eine Chancengleichheit bei der medizinischen Versorgung zu gewährleisten, nach Maßgabe der verfügbaren Ressourcen geändert werden? Ihre Antwort war Nein. Die Ministerin plädierte für ein besonderes System, dessen Grundidee die Vermeidung der Ausgrenzung der Allerärmsten ist.

Ein bahnbrechendes Gesetz

Das Parlament verabschiedete 1999 ein Gesetz, in das die CMU als Bestandteil umfangreicherer Maßnahmen gegen soziale Ausgrenzung einfluss. Es besteht aus drei Abschnitten. Im ersten Abschnitt wird eine Basis-CMU für alle festgelegt, für die von Personen mit einem Einkommen unter einer bestimmten Grenze (siehe Kasten 1) keine Beiträge verlangt werden. Mit anderen Worten: Jede in Frankreich offiziell wohnhafte Person, die nicht über ihren Arbeitsplatz sozialversichert oder anderweitig leistungsberechtigt ist, wird automatisch in das Sozialversicherungssystem mit eingebunden. Eine weitere wichtige Neuerung ist, dass der Nachweis eines Leistungsanspruchs vonseiten der Krankenversicherung und nicht vom Patienten erbracht werden muss. Personen über

Kasten 1. Wer hat Anspruch auf CMU?

Die CMU-Basis- und die CMU-Zusatzversicherung sind kostenlos, wenn eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschritten wird. Diese Grenze wurde im Februar 2002 neu festgelegt. Sie beträgt jetzt 562 (489 US-\$) monatlich für Ledige, 843 (733 US-\$) für Ehepaare oder Alleinerziehende mit einem Kind, 1011 (879 US-\$) für drei Personen, 1180 (1026 US-\$) für vier und 225 (196 US-\$) für jede zusätzliche Person. Der Anspruch gilt für ein Jahr und wird nach Überprüfung der Situation des Versicherten ggf. verlängert. Seit Februar 2002 bleiben Personen, bei denen die Regelung nicht mehr greift, weil sich ihre Situation geändert hat, trotzdem von der Zahlung medizinischer Kosten befreit. Seit Februar 2002 haben außerdem Personen mit einem Einkommen von bis zu max. 10% über der Einkommensgrenze für die CMU-Zusatzversicherung, Anspruch auf Beihilfen bis zu 115 (100 US-\$), sodass sie eine Zusatzversicherung bei einer Versicherung oder Vereinigung auf Gegenseitigkeit abschließen können. Die Policen der Versicherungen oder Vereinigungen auf Gegenseitigkeit bieten die gleichen Kostenübernahmesätze an wie die CMU-Zusatzversicherung.

Quelle: CMU-Fonds.

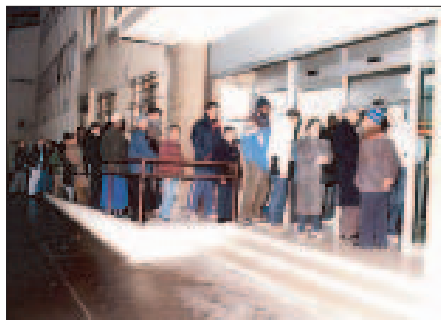
16 Jahre können daher Mitglied einer Krankenversicherung werden, wenn sie nur ihren Wohnsitz in Frankreich und ihre persönlichen Daten nachweisen. Personen ohne festen Wohnsitz müssen sich bei einer anerkannten Stelle anmelden, um Leistungen zu erhalten. Die regionalen Geschäftsstellen der Krankenkassen können Antragsteller befragen und weitere Unterlagen anfordern, die belegen, dass sie nicht als Angestellte oder Arbeiter versicherungspflichtig sind; sie erhalten aber automatisch einen Anspruch auf den Krankenversicherungsbasisschutz für ein Jahr. Anschließend müssen sie je nach Einkommen in das System des Basisschutzes einzahlen (oder auch nicht).

Im zweiten Abschnitt des Gesetzes geht es um eine CMU-Zusatzversicherung. Personen mit geringem Einkommen kommen kostenlos in den Genuss dieser Zusatzversicherung, die Krankheitskosten in einem von der Sozialversicherung festgelegten Rahmen abdeckt. Die Zusatzversicherung übernimmt die Kosten der Eigenbeteiligung, einen Tagessatz für stationäre Behandlungskosten ohne Arzneimittel (10,67 bzw. 9,28 US-\$ pro Tag) sowie Zahnersatz und Sehhilfen (bis zu 396 bzw. 345 US-\$ innerhalb von 2 Jahren).¹²

Ärzte, die von CMU-versicherten Patienten aufgesucht werden, verpflichten sich, die Basissätze nicht zu überschreiten, die zwischen der gesetzlichen

¹² Die komplette Übernahme der Kosten für Zahnersatz wurde Anfang 2002 eingeführt. Anfangs war die Kostenübernahme für Sehhilfen und Zahnersatz auf einen Betrag von 396 (345 US-\$) für einen Zeitraum von 2 Jahren beschränkt. Dieser Höchstbetrag gilt jetzt nur noch für Sehhilfen.

Dank Couverture maladie universelle werden die Ärmsten in Frankreich erreicht



Im Januar 2000 kam es wegen des neuen Gesetzes zu einem starken Zulauf. Viele Menschen waren sehr an einer CMU-Anmeldung interessiert.



Krankenkasse für Angestellte Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), der Regierung und den Ärztekammern vereinbart werden. Die Ärzte können keine eigenen Gebühren festlegen. Die CMU-Zusatzversicherung wird jeweils für einen Zeitraum von einem Jahr gewährt.

Einzelpersonen können ihre Zusatzversicherung – das kann die Krankenversicherung selbst, eine private Versicherung oder eine Vereinigung auf Gegenseitigkeit sein – frei aus einer Liste wählen, die ihnen bei der Anmeldung zur Erstversicherung ausgehändigt wird. Wählen sie eine andere Versicherung als die eigene Krankenkasse, so hat dies den Vorzug, dass sie – falls ihr Einkommen nicht über der CMU-Grenze liegt – nach dem Ausscheiden aus der CMU eine vorteilhafte Zusatzversicherung (zum Preis von 229 bzw. 199 US-\$ pro Jahr) abschließen können. Ein wichtiger Punkt ist, dass im Rahmen der CMU keine Vorauszahlungen zu leisten sind. Patienten müssen also die Rechnungen der Ärzte oder des Krankenhauses nicht begleichen; diese werden direkt von den Erstversicherungen und den Zusatzversicherern bezahlt.

Im dritten Abschnitt des Gesetzes geht es schließlich um eine Änderung der Regelungen der staatlichen Gesundheitsfürsorge. Diese richtet sich an Personen in Frankreich, deren Status ungeklärt und deren Einkommen niedriger als die für CMU geltende Einkommensgrenze ist. Dabei handelt es sich um ca.

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

100 000 Menschen. Sie können ihre Anträge auf Kostenübernahme in regionalen Geschäftsstellen einer Krankenkasse, bei lokalen oder regionalen Fürsorgeämtern, nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) oder Wohlfahrtseinrichtungen stellen. Diese Regelung garantiert allen Personen eine kostenlose Behandlung im Krankenhaus und denjenigen, die seit mehr als drei Jahren in Frankreich wohnen, eine kostenlose Behandlung beim Hausarzt (siehe Kasten 2).

Im Gesetz war nach Inkrafttreten der Regelung am 1. Januar 2000 eine schnelle Umsetzung dieser Maßnahmen festgeschrieben. In wenigen Monaten mussten sich die verschiedenen Träger, die für die Umsetzung der CMU verantwortlich sind, nach Verabschiedung des Gesetzes im Juli 1999 organisatorisch darauf vorbereiten, die Leistungsempfänger dieses neuen Services bedienen zu können.

Kasten 2. Medizinische Hilfe für Personen außerhalb des Systems

Ende des Jahres 2001 erhielten 120 000 Personen staatliche medizinische Hilfe. Davon lebten 70% in der Region der Ile de France (Paris und Umgebung) und 44% in Paris lebten. Die Hilfe wird Personen geboten, die aus dem System herausgefallen sind. Dies ist nicht nur „großzügig“, sondern auch eine Reaktion auf ein Problem der öffentlichen Gesundheit. „Viele dieser Menschen“, erklärt Yves Carcenac, Generalinspekteur für soziale Angelegenheiten, „bekamen übertragbare Krankheiten, insbesondere Tuberkulose, hatten aber Angst, im Zuge einer Behandlung ihre Identität preisgeben zu müssen.“ Eine Besonderheit dieser Bevölkerungsgruppe ist die Tatsache, dass es sehr schwer ist abzuschätzen, wie viele Personen betroffen sind. Doch seit Einführung der staatlichen medizinischen Hilfe und nach einem schleppenden Start aufgrund eines gewissen Misstrauens seitens der Betroffenen haben sich pro Quartal 10 000–12 000 neue Patienten gemeldet. Unterstützung wird primär aufgrund von Angaben der Leistungsempfänger zu ihrer Situation gewährt. Die Einführung gestaltete sich jedoch schwieriger als bei der CMU, wie aus einem Bericht der Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) hervorgeht. Ein Grund für die Schwierigkeiten war die mangelhafte Aufklärung der Bevölkerung: Einer der Hauptkanäle für die Verbreitung von Informationen waren humanitäre Organisationen, da die staatlichen Stellen hierfür keine Vorkehrungen getroffen hatten. Ein anderer Grund war, dass einige Erstversicherer nur eine Annahmestelle pro Region eingerichtet hatten und damit Personen stigmatisierten, die nach den Intentionen des Gesetzes eigentlich in der Menge der Versicherten verschwinden sollten. Der Umstand, dass das Recht auf eine Behandlung durch einen Allgemeinmediziner nur den Personen gewährt wird, die seit mehr als drei Jahren in Frankreich leben, führt zu schwierigen Situationen. Auf der einen Seite ist es für Menschen außerhalb des Systems schwierig nachzuweisen, wie lange sie sich bereits in Frankreich aufhalten, auf der anderen Seite „belohnt“ die Regelung paradoxerweise diejenigen, die sich längere Zeit in einer solchen Situation befinden. Zudem stellt der IGAS-Bericht fest, dass die Verwaltung des Budgets durch die Regierung „zu Sorge Anlass gibt“. Zum Beispiel lagen die mit 60 Mio. (52 Mio. US-\$) im Budget für 2002 veranschlagten Kosten, bereits im Jahr 2001 bei 145 Mio. (126 Mio. US-\$).

Quelle: IGAS.

Zur Finanzierung des ergänzenden CMU-Krankenschutzes wurde ein Fonds eingerichtet. Dessen Gelder kommen vom Staat und von diversen Unternehmen (Versicherungen und Vereinigungen auf Gegenseitigkeit), die 1,75% ihres Umsatzes einzahlen. Im Jahr 2000 betrug das Krankenversicherungsbudget 1047 Mio. (911 Mio. US-\$). Im Jahr 2002 soll es auf 1120 Mio. (975 Mio. US-\$) steigen. Wählen die Versicherten die Erstversicherer auch für ihre Zusatzversicherung, werden ihre Kosten von diesem Fonds in voller Höhe erstattet. Wählt der Versicherte allerdings eine Vereinigung auf Gegenseitigkeit oder eine sonstige Kasse, wird deren Beitrag an den CMU-Fonds um 228,67 (199 US-\$) pro Person pro Jahr vermindert. Dieser Betrag, der den durchschnittlichen Ausgaben der Zusatzversicherer pro Person entsprechen soll, schließt die Verwaltungskosten dieser Institutionen für den Versicherten nicht mit ein. Nach Schätzungen müssen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2001 auf ca. 244 bzw. 212 US-\$ pro Person erhöht werden. Die Zusatzversicherer fordern derzeit einen erhöhten Abschlag oder die volle Übernahme ihrer tatsächlichen Kosten wie bei den Erstversicherern. „Es muss noch viel Arbeit an der Basis geleistet werden, damit alle Leute erreicht werden, die die CMU in Anspruch nehmen könnten, aber nicht davon wissen“, merkt Caniard an. „Diese Arbeit könnte von gemeinsam tätigen Gruppen in Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden getan werden, würde aber zusätzliche Ressourcen erfordern.“

Eine kulturelle Wende?

„Die Einführung der CMU stellt auf allen Ebenen eine kulturelle Wende dar“, merkt Marc Schlüsselhuber an, der für die Gewährleistung einer medizinischen Versorgung beim Erstversicherer Seine-Saint-Denise zuständige Direktor. In dieser besonders von Armut betroffenen Gegend in der Nähe von Paris, wurde die Zahl potenzieller Leistungsempfänger einer CMU-Zusatzversicherung anfänglich auf 200 000 geschätzt. Anfang des Jahres 2002 gab es 146 650 Leistungsberechtigte, nachdem im Juni 2001 der Höchstwert von 177 000 Personen erreicht worden war. In den ersten sechs Monaten der Neuregelung hatten sich 87 000 Personen gemeldet. Schlüsselhuber berichtet:

Für uns als regionale Krankenversicherung bedeutete das neben administrativer Arbeit und der Anwendung mathematischer Formeln die Übernahme einer sozialen Aufgabe. Die Mitarbeiter mussten überzeugt werden, künftig eine Rolle bei der Bewältigung von Armut zu spielen. Mit Inkrafttreten der Neuregelung wurden wir von Anträgen überschwemmt. Wir hatten nur wenige Monate Zeit zur Vorbereitung: 130 Mitarbeiter wurden für diese Aufgabe eingeteilt und etwa 100 junge Leute hierfür neu eingestellt.

Eine der wichtigsten Änderungen ist, dass die Versicherungen nun die Ansprüche möglicher Leistungsempfänger nachweisen müssen und nicht umgekehrt. Schlüsselhuber erzählt Folgendes:

Am 3. Januar 2002 erschien ein junger Mann um sich anzumelden. Er hatte keine Arbeit, war dabei, einen Antrag auf garantiertes Mindesteinkommen zu stellen und wirkte wie ein Regelfall. Wir haben ihn daher automatisch angemeldet, ohne Nachweise zu erbitten. Natürlich werden wir zu einem späteren Zeitpunkt Belege anfordern und seine Ansprüche prüfen, aber für uns als öffentliche Einrichtung war dies ganz neu.

Schlüsselhuber sieht den gleichen innovativen Ansatz bei der staatlichen medizinischen Hilfe. „In der Praxis ist es so: Wenn jemand kommt, der nicht im System ist, und um Hilfe bittet, fragen wir zunächst nach und bitten um die Vorlage von Nachweisen. Aber letztlich müssen wir uns, insbesondere in diesen Fällen, mit den Aussagen der Personen begnügen.“ In diesem Département hat die staatliche Hilfe dazu geführt, dass die Zahl der nicht vom System erfassten Personen, die kostenlos medizinisch versorgt werden, von 3000 auf 13 000 hochgeschwungen ist. Schlüsselhuber fährt fort:

Wir wissen, dass es noch immer Leute gibt, die sich nicht zur Anmeldung trauen aus Angst, dass ihr Status als Illegale aufgedeckt wird, aber allmählich verbreiten sich die Informationen über die neue Regelung des Anspruchs auf Sozialleistungen.

Die CMU hat zu einer Imageverbesserung des Gesundheitswesens beigetragen. Die Erstversicherer ergreifen nun konkrete Maßnahmen gegen die Armut. In Seine-Saint-Denis kooperieren wir gegenwärtig mit den Sozialarbeitern des Département, beispielsweise indem wir ihnen Namen von Personen geben, denen die CMU verweigert wurde, weil sie über der Einkommensgrenze liegen, sodass man sie ausfindig machen und ihnen andere Versicherungsmöglichkeiten aufzeigen kann. Wir bieten Präventivmaßnahmen in Haushalten, Verbänden und Rathäusern an und auch eine Telefon-Hotline. Zudem haben wir den Dialog mit bereits Versicherten wieder aufgenommen. Nun haben wir das Gefühl, dass wir mehr beitragen und tun, als nur Kosten zu erstatten. CMU ist ein System, das von jedem, und zwar während des gesamten Prozesses verlangt, dass er dazu beiträgt, die Solidarität unter den Menschen zu stärken.

Generell kann festgestellt werden, dass die Einführung der CMU die Funktionsweise des Basiskrankenversicherungssystem komplett verändert hat. Eine Studie der Kommission für Forschung und Statistische Auswertung (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, DREES) beim Ministerium für Arbeit und Solidarität zeigt, wie schwierig die Einrichtung einer „normalen“ Annahmestelle ist, die die CMU-Begünstigten nicht stigma-

tisiert, und die dennoch angemessen auf diese Sonderfälle eingehen kann.¹³ Einige regionale Krankenkassen waren anfänglich nicht in der Lage, CMU-Begünstigten in gleicher Weise Annahmestellen anzubieten wie den anderen Versicherten, und sie mussten daher zu besonderen Maßnahmen greifen. Die gesetzliche Frist von zwei Monaten für die Anmeldung einer CMU-Zusatzversicherung hat in manchen Geschäftsstellen auch zu technischen Problemen geführt, als die neue Regelung eingeführt wurde.

An manchen Orten wurden zur Vermeidung von Wartezeiten bei den Geschäftsstellen der Erstversicherer ehrenamtliche Helfer hinzugezogen, man griff auf die Unterstützung von Vereinigungen auf Gegenseitigkeit und anderer Versicherungen zurück und richtete Annahmestellen in Krankenhäusern, Rathäusern und Armenvierteln eingerichtet.

Leistungsempfänger: 7,8% der Bevölkerung

Fast zwei Jahre später, am 30. September 2001, waren laut Studie der DREES¹⁴ 1,2 Millionen Personen über die CMU versichert, während 4,7 Millionen Menschen bzw. 7,8% der Bevölkerung eine CMU-Zusatzversicherung abgeschlossen hatten. Die Zahl der Leistungsempfänger erreichte im Juni 2001 ihren Höchststand von 5,3 Millionen. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass das Gesetz einen automatischen Anspruch auf CMU für diejenigen vorsieht, die zuvor Anspruch auf staatliche medizinische Hilfe hatten. Die Situation einiger dieser Personen hat sich aber geändert, oder sie haben keine Verlängerung beantragt, weil sie keinen Versorgungsbedarf haben. Andere erhalten medizinische Hilfe in einem Département, in dem die Einkommensgrenze höher lag als die der CMU.

Zielgruppe: Junge Menschen und Frauen

Eine DREES-Studie¹⁵ vom November 2000 hat die Zielgruppen präziser definiert. Leistungsempfänger der CMU sind überwiegend Frauen (55%) und junge Menschen (39% sind jünger als 20 Jahre). Sechs Prozent sind älter als 60 Jahre und von den Personen im erwerbstätigen Alter (20–59 Jahre) sind 40% arbeitslos. In 26% der Fälle hat die Referenzperson (d. h. das Familienmitglied, das als CMU-Hauptversicherter eingetragen ist und dessen Familienangehörige mitversichert sind) einen Arbeitsplatz. Außerdem leben 36% der Begünstigten

¹³ BOISGUERIN, B. *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001*. Paris, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2002 (Etudes et Résultats, Nr. 158).

¹⁴ Ebenda.

¹⁵ BOISGUERIN, B. & GISSOT, C. *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000*. Paris, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2000 (Etudes et Résultats, Nr. 152).

in einem Haushalt, in dem die Referenzperson Arbeiter/in ist, und 27% in einem Haushalt, in dem diese Person Angestellte/r ist. In 30% der Fälle ist die soziale bzw. berufliche Einordnung der Referenzperson nicht definiert, weil sie entweder nie berufstätig war, sie derzeit keiner Beschäftigung nachgeht oder als Hausfrau tätig ist.

Nach zwei Jahren dienen Rückerstattungsdaten als primäres Mittel zur Beurteilung des Effekts der CMU-Einführung auf das Gesundheitswesen. Von CNAMTS ermittelte statistische Daten zeigen, dass im Jahr 2000 die Gesundheitsausgaben für Personen mit einer CMU-Zusatzversicherung 70% der Kosten ausmachten, die für Versicherte anderer Träger anfielen. Anfang 2001 stieg der Prozentsatz jedoch auf 85%. Das lässt sich mit der Zielgruppe der CMU erklären, die jünger ist und somit auch eine bessere Gesundheit aufweist. Während die Ausgaben für Personen mit einer CMU-Zusatzversicherung geringer als die anderweitig Versicherter ausfallen, verteilen sie sich mehr auf die Grundversorgung (Allgemeinmedizin, Arzneimittel) und scheinen sich allmählich dem Nachfragemuster nach Leistungen der Bevölkerung im Ganzen anzunähern.

Ende 2000 ging aus einer Studie mit ausgewählten Begünstigten hervor, dass jede zweite über CMU versicherte Person zugab, vor der CMU mindestens eine Behandlung aus finanziellen Gründen abgebrochen zu haben. Hierbei handelte es sich überwiegend um Behandlungen, die durch die Basisversicherung nur in geringem Umfang bezahlt werden, wie z. B. Zahnarztleistungen (31%), Augenarztleistungen (25%), Zahnersatz (19%) und Facharztberatungen (10%). Seit der CMU-Einführung, gaben 65% der ausgewählten Befragten an, mindestens eine der Behandlungen begonnen zu haben, die sie davor nicht aufgenommen hatten. Zwei Drittel haben ihren „Nachholbedarf“ durch Beginn einer zahnärztlichen oder medikamentösen Behandlung oder Aufsuchen eines Allgemeinmediziners oder Facharztes gedeckt. Hinsichtlich von Zahnersatz- und Augenarztleistungen haben nur 40% der Patienten eine zuvor abgebrochene Behandlung wieder aufgenommen. Das lässt sich durch die bestehende Ausgabenobergrenze von max. 396 (345 US-\$) in zwei Jahren erklären. Der Wegfall einer Höchstgrenze bei Zahnarztleistungen Anfang 2002 dürfte dazu beitragen, dass Patienten mit einer CMU-Versicherung eine solche Behandlung aufnehmen.

Ein weiteres Indiz für die Wirksamkeit der CMU ist die gesunkene Zahl von Patienten in den Gesundheitszentren, die durch humanitäre Organisationen betrieben werden. Diese Träger waren intensiv an den Diskussionen über das Gesetz und die Durchführungspraxis beteiligt; sie beobachteten weiterhin sehr genau die Auswirkungen der CMU und schickten ihre Patienten zu den Geschäftsstellen der Erstversicherer. „Wir beobachten eine deutliche Verringerung der Zahl der Patienten in unseren Zentren, da jetzt der Zugang

zu niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und einer Behandlung in Krankenhäusern einfacher ist“, stellt Nathalie Simonot von Médecins du Monde fest. „Einige Zentren in Kleinstädten sind sogar geschlossen worden. Es gibt jedoch nach wie vor das Problem mangelnder Information. Wir glauben, dass viele Menschen nichts von ihrem Anspruch auf CMU wissen.“ Die Nationale Vereinigung der privaten Gesundheits- und Sozialarbeitsverbände (Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux, UNIO-PSS) beobachtet ebenfalls eine deutliche Verringerung der Patientenzahlen in den Gesundheitszentren, verweist aber auf den Mangel an Informationen bei Personen, die keine Leistungen nachfragen, sowie bei den sozialen Randgruppen, die durch Programme ermutigt werden müssen, die angebotenen Leistungen zu nutzen.

In sozialer Hinsicht ein großer Schritt nach vorne

„Eine allgemeine Krankenversicherung ist in sozialer Hinsicht ein großer Schritt nach vorne“, ist die Schlussfolgerung eines jüngst erschienenen IGAS-Berichts.¹⁶ Yves Carcenac, neben Evelyne Liouville Ko-Autor des Berichts merkt Folgendes an:

Gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung, unabhängig vom Wohnsitz einer Person, und ein gemeinsamer Schalter in den regionalen Geschäftsstellen der Krankenkassen schaffen offensichtlich ein Gefühl der Neutralität, das im vorherigen Gesundheitssystem so bisher nicht empfunden wurde. Es ist noch zu früh, einen eindeutigen Effekt zu erkennen, aber wir wissen, dass die im Rahmen des Gesetzes ergriffenen Maßnahmen (insbesondere die Tatsache, dass Patienten ihre Krankheitskosten nicht erst aus eigener Tasche vorstrecken müssen) den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen deutlich erleichtern; es scheint, dass es in dieser Hinsicht zu einer Harmonisierung aller Bevölkerungsgruppen kommt.

Die Zentralisierung auf nationaler Ebene sorgt jedoch für neue Probleme. Ein Problem der staatlichen Stellen ist das der Kontrolle. „Das Gesetz beruht auf dem Vertrauen der Beteiligten zueinander“, erklärt Carcenac. „Wir vertrauen den Menschen und ergreifen Maßnahmen, die sich auf ihre Aussagen stützen. Natürlich können wir prüfen, was sie sagen. Am Anfang befanden wir uns in der Aufbauphase. Jetzt hat das CMU-System das nötige Tempo erreicht und es müssen Schritte eingeleitet werden, diese Überprüfungen zu organisieren und durchzuführen.“

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass die Ärzte und das medizinische Personal, von denen die Umsetzung des CMU-Systems teilweise abhängt (weil

¹⁶ CARCENAC, Y. & LIOUVILLE, E. *Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 (Rapport Nr. 2001, 112).

sie sich verpflichten, die vereinbarten Höchstgrenzen nicht zu überschreiten), nicht immer „mitspielen“. Einige von ihnen lehnen laut IGAS-Bericht die Behandlung von Patienten mit CMU-Versicherung ab, bestehen auf einer Vorauszahlung ihrer Kosten oder erheben zusätzliche Gebühren. Einer der angegebenen Hauptgründe ist, dass eine Auszahlung der Gelder so lange dauert. Diese Verzögerungen sind aber nicht üblich und betreffen im Wesentlichen Ärzte, die ihre Rechnungen mit regulärer Post anstatt auf elektronischem Wege schicken. Andere Ärzte, insbesondere die Kieferchirurgen, akzeptieren die festgelegten Behandlungssätze nicht. Beispiele für abgelehnte Behandlungen sind jedoch relativ selten, und das CMU-System hat die Verwaltungsverfahren erheblich vereinfacht.

Die Hauptkritik des CMU-Systems richtet sich jedoch gegen den sog. „Schwelleneffekt“. Personen, deren Einkommen die für die CMU geltende Grenze auch nur um einen Euro übersteigt, befinden sich in der gleichen prekären Situation ohne Versorgungsanspruch wie vor der CMU-Einführung. Einige Personen, die Beihilfen erhalten, wie z. B. vereinzelte ältere Leute, die eine Mindestrente beziehen, oder Behinderte, die Zuschüsse erhalten, liegen mit ihrem Einkommen geringfügig über der Grenze, die ihnen Anspruch auf die CMU-Zusatzversicherung gäbe. Verglichen mit den geschätzten Aufwendungen pro Person für die CMU-Zusatzversicherung (238 bzw. 207 US-\$) ist der Beitragssatz einer Zusatzversicherung bei vergleichbarer Versicherungssumme deutlich höher. Außerdem haben etliche Départements die Grenze für den Anspruch auf staatliche medizinische Hilfe höher angesetzt als die CMU. Theoretisch hieße das eine Verschlechterung durch die CMU, weil sie den Anspruch auf die staatliche medizinische Hilfe verhindert. In der Praxis verhinderte die Regierung durch Übergangslösungen, dass Personen mit Anspruch auf staatliche medizinische Hilfe plötzlich ohne diese zusätzliche Hilfe auskommen mussten. Für sie gilt die bisherige Regelung bis Ende 2001 bzw. Anfang 2002. Hilfsmaßnahmen für eine ergänzende Krankenversicherung, die für 2002 geplant sind, sollen ihre medizinische Versorgung weiterhin sichern.

Das ist die nächste Hürde, die das französische Gesundheitssystem im Umgang mit der Armut nehmen muss. Das CMU-System hat es ermöglicht, die Krankheitskosten eines Großteils der Armen zu decken. Die einzige noch nicht berücksichtigte Gruppe ist die von Personen mit einem Einkommen oberhalb der Grenze, bis zu der ein Anspruch auf CMU besteht.

Vonseiten der humanitären Organisationen wird vorgeschlagen, dass einerseits die Einkommensgrenze für CMU angehoben und andererseits eine regressive einkommensabhängige Unterstützung eingeführt wird, um Personen die Beitragszahlung für die Zusatzversicherung zu erleichtern. „Wenn die

Zusatzversicherungsträger ihr Monopol aufrechterhalten möchten“, betont Jean-Claude Boulard, Mitglied des Parlaments und einer derjenigen, die 1999 beim Entwurf des CMU-Gesetzes mitgewirkt haben, „müssen sie ein System mit gestaffelten Beiträgen entwickeln, die an der CMU-Grenze beginnen.“ Im IGAS-Bericht werden verschiedene Szenarien von der Anhebung der Einkommensgrenze bis zur Einführung von Beihilfen bei Überschreiten der CMU-Grenze aufgezeigt. Schließlich wurde für eine Einführung von Beihilfen plädiert, ein Schritt, der von der Regierung befürwortet wird, weil das Anheben der Grenze zu kostspielig wäre und das Problem des Schwelleneffekts nur verschoben würde.

Trotz einiger anfänglicher Schwierigkeiten und des Auftretens eines problematischen Schwelleneffekts stellt die CMU für die Leistungsempfänger wie für die im Gesundheitswesen Beschäftigten einen unbestreitbaren Fortschritt dar. „Das Besondere an diesem Gesetz ist“, folgern Carcenac & Liouville, „abgesehen davon, dass es sehr wirkungsvoll umgesetzt wurde und den Zugang der Armen zu medizinischen Einrichtungen erleichtert hat, dass es bei der Mehrheit der Beteiligten zu einem neuen Denken geführt hat: Sie haben alles darangesetzt, dass das System auf ihrer Ebene gut funktioniert. Nun geht es um eine Festigung der Strukturen.“ Weitere Bewertungen dieses Gesetzes sollen alle zwei Jahre erfolgen, sodass bei Bedarf kleinere Anpassungen vorgenommen werden können.

Fallstudie 3

Das Mainzer Modell: Versorgung der Obdachlosen vor Ort

Sigrún Davídsdóttir

„Wissen Sie, Herr Doktor, die Pillen, die Sie mir gegeben haben, haben wirklich geholfen. Ich fühle mich jetzt viel besser.“ Nur selten treffen Ärzte ihre Patienten in einer Teestube und hören solche Worte, aber Dr. Gerhard Trabert geschieht dies häufiger. Entgegen der üblichen Praxis kommen die Patienten nicht zu ihm, sondern er zu ihnen, und die Teestube ist einer ihrer Treffpunkte. Seine Patienten sind Obdachlose und Angehörige anderer sozialer Randgruppen in Mainz. Es ist keine deutsche Besonderheit, dass zahlreiche Obdachlose Gesundheitsdienste nicht in Anspruch nehmen: So ist es in vielen Ländern. Man muss viele solcher öffentlichen Einrichtungen selber aufsuchen. Viele Obdachlose gehen jedoch gar nicht zum Arzt, obwohl sie gesundheitlich viel schlechter dastehen als eine Durchschnittsperson. Deswegen geht Dr. Trabert zu ihnen: in Obdachlosenheime, in die Untergeschosse von Parkhäusern und auf die Straße. Er weiß, wo sie sich aufhalten, und sie wissen, wann er da ist – und allmählich hat er ihr Vertrauen gewonnen.

Dr. Trabert begann als Sozialarbeiter in einem Krankenhaus. Entsetzt über die medizinische Betreuung der Obdachlosen und die – so sah er es – Trägheit des Gesundheitssystems hinsichtlich dieser Menschen, begann er Medizin zu studieren. In seiner Dissertation zeigte er 1994 die Gesundheitssituation der Obdachlosen auf.¹⁷ Aber Forschen allein genügte ihm nicht: Er wollte sein Wissen in die Praxis umsetzen. Er war der Meinung, dass eine wirksame Gesundheitsfürsorge für Obdachlose nur in sorgfältig geplanter Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten gewährleistet werden kann. Das Gesundheitsversorgungssystem kann medizinisches Fachwissen beisteuern, die Sozialdienste sind jedoch wichtig bei der Kontaktaufnahme mit den Obdachlosen.

¹⁷ TRABERT, G. *Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld, VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995.

Sein Ansatz, die medizinische Versorgung zu den Obdachlosen zu bringen, wird das „Mainzer Modell“ genannt. Es beruht auf einer Kombination von bezahlter und ehrenamtlicher Arbeit und besteht aus vier Modulen:

- Mobile Sprechstunde mit einem praktischen Arzt (Allgemeinmediziner) und einer Krankenschwester an einem Aufenthaltsort der Obdachlosen,
- mobile Sprechstunde mit einem praktischen Arzt und einer Krankenschwester in einer Tageseinrichtung für Obdachlose,
- mobile Sprechstunde in einem Kleinbus – sogenanntes Arztmobil – ausgestattet mit einem „Behandlungsraum“ im hinteren Teil des Wagens. Das Arztmobil steht an Stellen in der Stadt, wo sich bekanntlich Obdachlose aufhalten, und
- medizinische Versorgung und Abgabe von Schmerzmitteln an schwer bzw. todkranke Obdachlose in Obdachlosenheimen.

Die Sprechstunden werden regelmäßig abgehalten, sodass die Obdachlosen wissen, wann und wo es Hilfe gibt. Ein fünftes und sehr wichtiges Modul zur Unterstützung psychisch kranker Obdachloser ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich Ende 2002 eingerichtet sein. Jede Woche kümmert sich das Gesundheitsteam um 50 bis 60 Patienten, wobei 80 bis 100 Patientenkontakte erfolgen.

*Gerhard Trabert (links) und
Andreas Pitz (rechts)*



Dieser Gesundheitsdienst ist Teil der staatlichen Sozialleistungen für Obdachlose. Dr. Trabert und Andreas Pitz, der den Obdachlosendienst im Namen des Diakonischen Werks (eine gemeinnützige, von der deutschen lutherischen Kirche betriebene Organisation) leitet, sind sich darüber einig, dass der Schlüssel

zum Erfolg hier in einer engen Kooperation zwischen Gesundheitsteam und Sozialarbeitern liegt. „Die Stärke des Mainzer Modells“, meint Pitz, „liegt in der Zusammenarbeit mit allen Institutionen, die mit Obdachlosen zu tun haben. Der Erfolg des Projekts hängt vom fachübergreifenden Vorgehen ab.“

1997 wurde der Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland“ gegründet, um Geld für das Mainzer Modell zu sammeln und den Zusammenhang

zwischen Armut und Gesundheit in das allgemeine Bewusstsein zu bringen. Neben der Sammlung von Spenden und der Erbringung von Diensten für die Allgemeinheit organisiert der Verein alljährlich eine Konferenz über Gesundheit und Armut und baut seine Kontakte zu anderen Organisationen in Deutschland sowie in anderen Ländern aus. „Die erste Reaktion war“, sagt Dr. Trabert, „dass es keine Armut in Deutschland gebe. Warum also sollte es dann einen entsprechenden Verein und eine Konferenz über dieses Thema geben?“ Inzwischen hat sich diese Einstellung geändert, nicht zuletzt dank der Arbeit des Vereins.

Der Erfolg des Projekts führt gegenwärtig zu einem Problem, das bald gelöst werden muss: Die Arbeit kann durch ehrenamtliche Helfer allein nicht mehr bewältigt werden. Als nächster Schritt wird die Einstellung eines Mitarbeiters für den Dienst erforderlich sein. Eine systematische Betreuung der Obdachlosen ist jedoch nicht das alleinige Ziel. Dr. Trabert kommentiert wie folgt:

Unser Endziel ist es, den Stadtrat und den Staat an der Durchführung des Projekts zu beteiligen: Der Dienst soll in das bestehende Gesundheitssystem integriert werden. Die medizinische Versorgung der Obdachlosen sollte nicht gesondert erfolgen, sondern Bestandteil bestehender Einrichtungen sein: Das Gesundheitswesen muss die Betreuung der Obdachlosen mit ein- und nicht ausschließen. Wir können inzwischen auf zehnjährige Erfahrungen zurückblicken, die zeigen, dass das Modell funktioniert.

Den Worten folgen Taten

Nach offiziellen deutschen Zahlen gab es 1998 ca. 700 000 Obdachlose in Deutschland, wovon etwa 180 000 alleinstehend und nicht sesshaft waren. Die Ärmsten von ihnen – etwa 31 000 Menschen (darunter 3100 Frauen) – lebten fortwährend auf der Straße. Die von Dr. Trabert in seiner Dissertation über die Gesundheit von Wohnungslosen gesammelten statistischen Daten waren schockierend, weil diese Gruppe im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand als ein durchschnittlicher Bürger aufwies.

80 bis 90% der Obdachlosen mussten akut medizinisch behandelt werden, 60 bis 70% litten an mehr als einer Krankheit und etwa 40% an drei oder mehr Krankheiten. Die Obdachlosen litten hauptsächlich unter Lungen-, Darm-, Herz- Kreislauf- und Hautkrankheiten. Es überrascht nicht, dass ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Obdachlosigkeit und dem Gesundheitszustand besteht: Je länger die Menschen auf der Straße leben, desto schlechter geht es ihnen. Die Zahl der Verletzungen aufgrund von Gewalttätigkeiten nimmt zu, weil die Gewalt gegen Obdachlose ebenfalls zu steigen scheint.

Trotz ihrer schlechten Gesundheit nutzen Obdachlose selten medizinische Einrichtungen. Dr. Traberts Studie berichtet von wenig Vertrauen in das System, schlechten Erfahrungen und Angst vor dem Hinauswurf. Es ist den Obdachlosen peinlich, reguläre Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser oder Arztpraxen aufzusuchen. Außerdem empfinden sie das System und all die Formulare und Papiere als zu bürokratisch. Abgesehen von diesen Empfindungen haben Obdachlose häufig ein geringes Bewusstsein für ihre körperlichen Bedürfnisse und meinen einfach, dass sie keine medizinische Hilfe benötigen, obwohl sie manchmal sehr krank sind.

Werner Schwarz, Kassenwart des Vereins Armut und Gesundheit in Deutschland, leitet in Bingen (bei Mainz) ein Tageszentrum für Obdachlose, in das regelmäßig ein Ärzteteam kommt. Er sagt: „Es gibt durchaus Ärzte, die Obdachlose behandeln würden, aber die Obdachlosen wollen da nicht hingehen, weil sie nicht gerne in einem Wartezimmer sitzen. Die Obdachlosen gehen erst zum Arzt, wenn es ihnen sehr schlecht geht, und sogar dann ist es schwierig, sie dazu zu bringen, dass sie sich behandeln lassen.“ Schwarz weiß, dass seine Patienten selbst unter diesen Umständen oft nicht auftauchen. Deshalb versucht er – wenn möglich – sie zu begleiten.

Die Gesundheitsfachkräfte sind auch selbst peinlich berührt, wenn sie die oft schmutzigen und unangenehm riechenden Obdachlosen empfangen, und zeigen wenig Verständnis für deren Situation. Die Medikamente, die Krankheiten verhüten oder deren Verschlimmerung verhindern können, gelangen oft nicht bis zu den Obdachlosen. Offensichtlich kommen die meisten Obdachlosen erst mit dem Gesundheitswesen in Berührung, wenn sie nach Unfällen von der Polizei eingeliefert werden oder weil sie hilflos aufgefunden werden.

Während seiner Forschungsarbeit hat sich Dr. Trabert darüber Gedanken gemacht, wie eine bessere Versorgung dieser Randgruppe gewährleistet werden könnte. Aus seinen Erfahrungen folgert er:

Es gab viele Leute, die mir sagten: Was du vor hast, erreichst du nur, wenn das gesamte Gesundheitssystem geändert wird. Ich konnte darauf aber nicht warten. Ich wollte die vorhandenen Möglichkeiten nutzen und die Versorgung der Obdachlosen mit dem umsetzen, was bereits vorhanden war. Es ist sehr wichtig, innerhalb des bestehenden Rahmens neue Möglichkeiten zu erkennen und zu zeigen, dass etwas geändert werden kann. Stellt sich dann der Erfolg ein, haben wir Argumente zur Hand, die den Weg für strukturelle Änderungen ebnen können.

Im Laufe des Jahres 1993 hatten seine Pläne Gestalt angenommen und die Arbeit für die Obdachlosen wurde im September 1994 aufgenommen.

Umsetzung neuer Ideen im Gesundheitswesen

Das deutsche Wohlfahrtssystem stützt sich üblicherweise auf verschiedene staatliche und kirchliche Einrichtungen (lutherische und katholische Kirche). Außerdem haben die Gewerkschaften ihr eigenes soziales Netz. Obwohl das Mainzer Modell eine Privatinitiative darstellt, ist es in bestehende Strukturen des staatlichen Systems und der lutherischen Kirche eingebettet und verknüpft diese auf neue Art und Weise miteinander. Daneben gibt es ehrenamtliche Tätigkeiten und Spendensammlungen.

Zunächst wurde eine Sprechstunde in Obdachlosenheimen, sowohl in Tageszentren als auch in Häusern mit Schlafplätzen, abgehalten. So konnten jedoch

die nicht erreicht werden, die gar nicht oder nur sehr selten in diese Häuser kommen und ausschließlich auf der Straße leben. Um sie zu erreichen, war eine mobile Arztpraxis offensichtlich die ideale Lösung. Dank Spenden konnte ein Kleinbus erworben, mit den nötigen Geräten ausgestattet und 1998 in Betrieb



Patienten, die in Containern leben, warten auf einen Arzt des Arztmobils

genommen werden. Doch dies war nur der einfache Teil der Errichtung eines mobilen Dienstes. Der schwierige Teil bestand darin, dass keine der beteiligten Einrichtungen bereit war, als Eigentümer des Wagens oder Betreiber des Projekts aufzutreten.

Damit der Kleinbus einen juristischen Eigentümer fand, gründeten Dr. Trabert und andere den Verein Armut und Gesundheit in Deutschland. Der Verein betreibt nun nicht nur den Kleinbus, sondern fungiert auch als aktiver Spendensammler für seine Arbeit. Er ist zugleich Mitorganisator der alljährlich in Berlin stattfindenden Konferenz über Armut und Gesundheit. Die Konferenz und der Verein werden für die Sammlung und Verbreitung von Informationen über Armut und Gesundheit nicht nur in Deutschland, sondern auch in benachbarten Ländern, zunehmend wichtiger. Ziel ist die Schaffung eines europäischen Netzwerks auf diesem Gebiet. „Es gibt so viel finanzielle Zusammenarbeit in Europa, da ist es an der Zeit auch in sozialen Fragen ein wenig zusammenzuarbeiten“, hofft Trabert.

Der Verein ist auch sonst eine wichtige zentrale Anlaufstelle in Mainz, weil seine Mitglieder sich nicht nur für das Mainzer Modell engagieren, sondern auch in anderen Projekten mit ähnlicher Ausrichtung arbeiten, die Chancen für normalerweise Benachteiligte eröffnen. Eines der Mitglieder betreibt z. B. in Mainz ein Hotel namens Inndependence, in dem geistig und körperlich behinderte Menschen die Möglichkeit haben, einer bezahlten Tätigkeit nachzugehen.

Einheitliches Gesundheitssystem statt Klassenmedizin

Dr. Trabert wiederholt häufig folgende Aussage:

Wir wollen kein gesondertes System für Obdachlose außerhalb der regulären Gesundheitsdienste errichten. Wir bieten keine besondere medizinische Versorgung für Obdachlose, sondern weisen auf den Bedarf hin. Ziel ist es nicht, ein gut geführtes, unabhängiges System aufzubauen, sondern die staatlichen Stellen darauf aufmerksam zu machen, dass man die Obdachlosen und ihre Bedürfnisse ernst nehmen und ihnen Angebote zur Verfügung stellen muss, die für sie von Nutzen sind.

Eine Kombination aus bezahlten und ehrenamtlichen Kräften bilden das selbstgewählte Gerüst. Das Ärzteteam besteht aus Dr. Trabert (der zugleich in Nürnberg Professor für Sozialmedizin ist) und Ulrich Graeber, einem pensionierten und hoch angesehenen Arzt.

Trabert und Pitz unterstreichen, dass die Auswahl von Mitarbeitern bei einer neuen Initiative sehr wichtig ist: Die Mitarbeiter müssen nicht nur hoch qualifiziert sein, sondern auch das Projekt mit Achtung und Engagement begleiten.

In der Regel kann Dr. Trabert aufgrund von Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen seine Leistungen wie ein niedergelassener Vertragsarzt mit den Kassen abrechnen. Im Prinzip ist jeder Bürger mit Wohnsitz in Deutschland direkt oder indirekt auf die eine oder andere Weise krankenversichert. Die

Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen wird also normalerweise durch Versicherungsleistungen gedeckt. Bei Bedürftigen und anderen, die nicht Teil des Versicherungssystems sind, trägt der Staat (z. B. das Sozialamt) die Kosten; dies gilt auch für Asylbewerber. Illegale Einwanderer und

Krankenschwester Anke und Dr. Trabert besuchen einen Patienten, der in einem Wohnmobil lebt



andere nicht registrierte Personen werden auf diese Weise jedoch nicht erfasst. Im Rahmen des Mainzer Modells wurde aber noch keinem eine ärztliche Behandlung verweigert.

Drei Krankenschwestern gehören zum Gesundheitsteam: Schwester Maria-Theresia und Schwester Annegret arbeiten für eine christliche Organisation und können zeitweise das Team unterstützen; Anke, die dritte Krankenschwester, arbeitet als ehrenamtliche Kraft im Team. Pitz und seine Kollegen bieten in den Obdachlosenheimen soziale Dienste an.

Die erste Hürde, die Dr. Trabert bei der Planung dieses so andersartigen Dienstes zu nehmen hatte, war ein Gesetz aus früheren Zeiten, als man Kurpfuscherei verhindern wollte, indem man Ärzten untersagte zu praktizieren, wenn sie nicht niedergelassen waren. Dr. Traberts Absicht, die Patienten aufzusuchen, wurde durch das Gesetz erschwert, und es brauchte einige Zeit, bis alle Hindernisse überwunden waren. Nun läuft das Mainzer Modell aber außerhalb des regulären Gesundheitswesens und Dr. Trabert darf dennoch seine Leistungen wie jeder andere niedergelassene Arzt im Rahmen des Gesundheitssystems abrechnen.

Ein wichtiger Bestandteil eines erstklassigen Gesundheitsdiensts ist die Dokumentation. Dr. Trabert und seine Kollegen machen sorgfältige Aufzeichnungen über alle Besuche jedes Patienten – so gewissenhaft, wie sie auch im öffentlichen Gesundheitswesen erfolgen. Somit kann auch der Kritik begegnet werden, dass das Projekt verglichen mit anerkannten staatlichen Gesundheitseinrichtungen in irgendeiner Weise zweitklassig wäre.

Ein wichtiger Teil dieser Dokumentation ist der sogenannte Krankenpass. Die Patienten des Mainzer Modells hatten geklagt, dass andere Ärzte, die sie aufsuchten, schwer davon zu überzeugen seien, dass sie schon behandelt würden. Andere fanden es einfach schwierig, einen Überblick über alle Behandlungen zu bewahren, die sie von Dr. Traberts Team erhalten hatten. Um dieses Problem zu lösen, wurde ein kleines Heft aus robustem Material entwickelt, in dem Impfungen und andere wichtige medizinische Angaben eingetragen sind.

Begegnung mit den Patienten

„Es ist gut, dass man hier auch sterben darf“, sagte ein wohnungsloser Mann, der sich oft in einem Obdachlosenheim aufhält, als er hörte, dass den todkranken Patienten unter ihnen nun Schmerzbehandlung angeboten wird. Die Dankbarkeit derer, die den Service nutzen, ist deutlich: „Oh ja, ich sehe zu, dass ich in der Nähe bin, wenn ich weiß, dass der Herr Doktor kommt“, sagt ein wild aussehender Mann mit wettergegerbtem Gesicht, langen grauen Haaren und wallendem Bart, der sich bei den Containern aufhält, die in der Nähe des Sozialzentrums in Mainz stehen. „Früher bin ich nie zu einem Arzt

gegangen, selbst wenn es nötig war. Es ist zu umständlich, weil ich immer unterwegs bin. Aber hier gefällt es mir.“

Die Container werden im Herbst vom Stadtrat aufgestellt und bleiben den Winter über stehen, sodass die Obdachlosen hier schlafen können. Sie sind nur mit Liegen ausgestattet, aber die Bewohner statten sie schnell mit anderen wichtigen Dingen aus. Manche Container sind recht gemütlich mit Fernseher, Bettwäsche und Teppichen eingerichtet. Während der Standzeit der Container besucht Dr. Trabert die Bewohner regelmäßig.

Auf die Frage, wieso er den Gesundheitsdienst vor Ort nutzt, antwortet ein großer, schlaksiger Mann mit dünnem, schulterlangem Haar: „Wir kennen den Mann. Ich denke, ich kann ihm vertrauen. Der Doktor ist nett. Er kennt uns. Auf das Vertrauen kommt es eben an.“

Ein Patient mit Dr. Trabert in einer Teestube für Obdachlose



In der Teestube für Obdachlose kennen offensichtlich alle Dr. Trabert. Wenn er auftaucht und umhergeht, um seinen Besuch anzukündigen, kommen einige nach draußen zum Arztmobil. Manche stellen ihm nur einfache Fragen, wie der hochgewachsene, bärtige, ziemlich junge Mann, der wissen möchte, wie er die Läuse in

seinem Schlafsack und vom Fell seines Hundes los wird. Andere wiederum sagen dem Arzt, dass ihnen das beim letzten Mal verschriebene Medikament geholfen habe.

Sobald Dr. Trabert im Kleinbus sitzt, bildet sich draußen eine Warteschlange. Einer nach dem anderen klettert in den Bus, erklärt, was ihm fehlt, und wird vom Arzt entsprechend befragt. Die Krankenschwester misst Blutdruck und führt weitere Untersuchungen durch. Man vergisst schnell, dass die Sprechstunde in einer ungewöhnlichen Arztpraxis stattfindet. Alles außer den Räumlichkeiten entspricht dem üblichen Ablauf beim Arzt.

„Ich komme hierher, wenn ich einen Arzt brauche“, meint ein dicker Mann und sagt, er schlafe seit sechs Monaten im Freien. Diesmal schmerzt sein Magen. Er ist in der Vergangenheit bereits zu einer Magenspiegelung geschickt worden, aber nicht erschienen. Nun will er es doch machen lassen, weil seine Schmerzen stärker geworden sind. Er ist Alkoholiker und weiß, dass das Trinken der Grund seiner Probleme ist. Den Obdachlosen werden auch Vitamine und regelmäßig einzunehmende Medikamente wie z. B. Betablocker

verschrieben, nicht jedoch Beruhigungs-, Schmerz- oder Schlafmittel sowie andere Mittel, die zu Missbrauch, führen könnten.

Wer im Freien schläft, fristet oft ein mühsames und einsames Dasein. Es ist einleuchtend, dass die Männer Behandlungen wie Massagen und die quasi mütterliche Aufmerksamkeit durch die Krankenschwester mögen, die als Teil des Dienstes angeboten werden. Dr. Trabert weist darauf hin, dass sein Team vornehmlich medizinische Versorgung leistet und nicht die Resozialisierung der Obdachlosen betreibt. „Wir akzeptieren, dass die Leute auf der Straße leben. Wir helfen ihnen jedoch gerne, wenn sie einen festen Wohnsitz suchen“, erläutert Trabert. Die Akzeptanz ihrer Art zu leben ist zweifelsohne Teil des Erfolgs des Gesundheitsteams und ein wichtiger Faktor, wenn es darum geht, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Die Toleranz erfordert aber viel Geduld – z. B. Beharrlichkeit bei der Vergabe von Terminen in Gesundheitseinrichtungen, zu denen manche Patienten oft nicht erscheinen.

Publicity: Tue Gutes und sprich darüber!

„Eine häufig anzutreffende Einstellung zu guten Taten ist: Tue Gutes, aber sprich nicht darüber“, sagt Pitz. „Im Rahmen unserer Arbeit meine ich aber: Wir sollten Gutes tun und mit möglichst vielen darüber reden.“ Von Anfang an war Öffentlichkeitsarbeit ein wichtiger Bestandteil des Mainzer Modells, weil sie das Bewusstsein für ein Problem schärfte, das im allgemeinen nicht erkannt wurde, und weil die Arbeit von Spenden abhängig ist.

Die PR-Arbeit wird vom Verein Armut und Gesundheit in Deutschland gemacht. „Man muss den Menschen bewusst machen, dass Obdachlosigkeit nicht allein auf Alkoholismus oder Arbeitsunwilligkeit zurückzuführen ist“, merkt Dr. Trabert an. „Menschen können aus sehr verschiedenen Gründen auf der Straße landen; man sollte also zurückhaltend mit einem Urteil über Obdachlose sein.“ Dr. Trabert sucht häufig Schulen in und um Mainz auf, um über die medizinische Versorgung für die Armen zu berichten und Verständnis für sein Projekt zu wecken. Dieses Vorgehen ist wichtig, damit Kinder und Jugendliche den Obdachlosen Mitgefühl, Verständnis und Toleranz entgegenbringen, und zwar insbesondere in einer Zeit, in der die Feindseligkeit gegen Obdachlose zuzunehmen scheint.

Publicity in Mainz und in den Nachbarorten ist für das Mainzer Modell wichtig, damit weiterhin Spenden eingehen. Anlässlich von Geburtstagen, bitten manche, die den Verein Armut und Gesundheit in Deutschland unterstützen möchten, ihre Freunde und Angehörigen anstelle von Geburtstagsgeschenken und Blumen um eine Spende an den Verein. Das ist nur ein Beispiel dafür, wie gut sich der Verein etabliert hat und das Projekt in Mainz bekannt ist. Geld kam jedoch auch von unerwarteter Seite: Von 100 000 €, die der britische

Popsänger Phil Collins an den zur katholischen Kirche in Deutschland gehörenden Caritas-Verband spendete, erhielt der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland 10 000 € für die mobile Sprechstunde.

Die meisten Spenden kommen von Privatleuten. Schwarz merkt an:

Es ist schwierig, Unternehmen davon zu überzeugen, Geld oder sogar Sachgüter an die Obdachlosen zu spenden. Unternehmen möchten, dass ihre Spenden sichtbar sind, und wir können diese Sichtbarkeit nur schlecht bieten. Das Arztmobil muss auffallen, also können wir es nicht mit Werbung zukleben. Und dann mag es Unternehmen geben, wie die Hersteller von Luxusautos, die meinen, dass Obdachlose schlecht zu ihrem Image passen. Privatleute sind jedoch häufig sehr spendenfreudig.

Publicity ist jedoch nicht nur für die Spendenwilligkeit und ein höheres Problembewusstsein förderlich, sondern ebnet auch den Weg für Änderungen seitens der Politik. Dr. Trabert meint: „Publicity ist nicht nur für das Sammeln von Spenden, sondern auch als Druckmittel gegenüber Politikern für Maßnahmen zugunsten der Obdachlosen nötig. Die Obdachlosen werden von Politikern meistens ignoriert, weil sie normalerweise nicht wählen.“

Der Preis des Erfolgs

Das Mainzer Modell hat sich in dem Sinne als erfolgreich erwiesen, dass es eine Zielgruppe erreicht, die zuvor vermutlich keine Hilfe gesucht hat. Es gibt inzwischen eine wachsende Nachfrage aus Nachbarorten und -städten, diesen Dienst auf sie auszudehnen. Andere bitten um Informationen, sodass sie aus den Erfahrungen des Mainzer Modells lernen können.

Sowohl Dr. Trabert als auch Andreas Pitz stimmen darin überein, dass die Einstellung einer bezahlten Vollzeitkraft nun Priorität hat. „Wir nähern uns ganz schnell dem Punkt, wo diese Leistungen nicht mehr ausschließlich von Ehrenamtlichen und Personen mit einer anderen Vollzeitarbeit erbracht werden können“, stellt Dr. Trabert fest. „Wir sind fast nicht mehr in der Lage, den Betrieb aufrechtzuerhalten“, fügt Pitz hinzu.

Es wird jemand gebraucht, der dafür bezahlt wird, den Versorgungsdienst zu überwachen und zu organisieren, die nötigen Geräte bereitzustellen, den Kleinbus zu warten und die Öffentlichkeitsarbeit abzustimmen. „Es ist nicht leicht, jemanden zu finden, der kontaktfreudig ist und PR macht, Sponsoren findet und zugleich für den täglichen Ablauf des Dienstes sorgt, aber genau so einen Mitarbeiter suchen wir“, sagt Pitz. „Diese Person muss als bezahlte Vollzeitkraft eingestellt werden. Die Arbeit ist zu umfangreich geworden, als dass wir diese tagtäglich erledigen könnten, zumal wir einer Vollzeitbeschäftigung woanders nachgehen.“

„Uns fehlt z. B. die Zeit, zusammen die Erfahrungen auszuwerten und über neue Arbeitsmethoden zu diskutieren. Wir agieren zu kurzfristig, weil wir zu wenig Zeit haben, langfristig zu planen“, stellt Dr. Trabert fest. Die zur Verfügung stehende Zeit wird für die Behandlung der Kranken und zur Aufrechterhaltung des täglichen Betriebs gebraucht. Jetzt geht es um die Finanzierung der Einstellung eines Koordinators: alles in allem eine angenehme Aufgabe, weil sie in gewisser Weise den Erfolg des Mainzer Modells belegt.

Fallstudie 4

Gesundheitsversorgung und Wiedereingliederung der Armen in die Gesellschaft: Auf der Suche nach neuen Wegen, Budaer Berge, Ungarn

Katalin Zoldhegyi

Nach einer wunderschönen dreißigminütigen Fahrt auf kurvenreichen Straßen durch eine hügelige, mit Nadelbäumen bestandene Landschaft erreicht man das Korányi-Krankenhaus und Sanatorium für Pneumologie und Tuberkulose, das am westlichsten Rand von Budapest in der Nähe von Budakeszi liegt. Das Krankenhaus selbst ist über 100 Jahre alt und wurde von Sándor Korányi, dem ersten ungarischen Arzt, der Tuberkulose behandelt hat, gegründet. Es wurde mit öffentlichen Geldern finanziert und steht nach wie vor allen Mitgliedern der Gesellschaft zur



*Das Korányi-Krankenhaus für
Pneumologie in den Budaer
Bergen, Ungarn*

Verfügung. Patienten, die von Gesundheitseinrichtungen in anderen Teilen Ungarns abgelehnt worden sind, werden hier aufgenommen.

Zum Gebäude L muss man mindestens 100 Schritte den Hügel hinaufsteigen. In diesem Gebäude ist eine spezielle Abteilung untergebracht, in der arme und schwer kranke Patienten aus Budapest und den umliegenden Bezirken behandelt werden. Diese Abteilung ist insbesondere für Obdachlose eingerichtet worden. Obdachlosigkeit wird mit vielen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht,

beginnend mit einem schwachen Immunsystem bis hin zu chronischen Leiden und Krankheiten wie beispielsweise Tuberkulose. Die Patienten in diesem Teil des Krankenhauses sind zudem Alkoholiker. Nachdem das Krankenhaus erkannt hatte, dass zwischen den medizinischen und sozialen Problemen ein enger Zusammenhang besteht, führte es ein umfassendes Behandlungsprogramm ein. Wenn ein Tuberkulosepatient gesund wird und sich außerdem, wenn es notwendig sein sollte, einer Alkoholentziehungskur unterzieht, dann wird das zugrundeliegende Problem der Obdachlosigkeit mit Hilfe eines innovativen Programms gelöst, durch das dem Betroffenen eine Unterkunft besorgt wird.

Gebäude L, die Behandlungsstation für obdachlose und an Tuberkulose erkrankte Alkoholiker



Zu Beginn des Jahres 2002 fanden im Korányi-Krankenhaus und besonders im Gebäude L mehrere Besuche statt, um mehr über die Dienste zu erfahren, die diesen Gesellschaftsgruppen bereitgestellt werden.

Die Arbeit mit den Patienten

In dem einstöckigen Gebäude führt der Weg zu den Büros der Ärzte durch einen langen Korridor. Die Türen der Krankenzimmer sind geöffnet, und obwohl es Februar ist, stehen alle Fenster in den Krankenzimmern und Korridoren offen.

Dr. Éva Salamon, eine junge Ärztin, wird mehr über das Behandlungsprogramm berichten können. Für unser Gespräch konnte sie sich nur eine Stunde Zeit nehmen, denn Zeit ist während des Arbeitstages knapp. Die Patienten, die hier zwölf Monate oder länger untergebracht sind, suchen bei jeder Gelegenheit das Gespräch, den Austausch und überhaupt den Kontakt zu den Ärzten und den anderen Mitarbeitern des Krankenhauses.

Diese spezielle Abteilung war in den späten 80er Jahren von László Levendel, einem leitenden Professor des Korányi-Krankenhauses, gegründet worden. Mitte der 90er Jahre stellte sich heraus, dass eine immer größere Zahl von Patienten nicht nur an Tuberkulose erkrankt war, sondern darüber hinaus unter dem Problem der Obdachlosigkeit und schwerem Alkoholismus litt.

Derzeit arbeiten in der 40-Betten-Abteilung drei Ärzte, die im Jahr 2001 gemeinsam mit sieben Krankenschwestern 157 obdachlose Tuberkulose-Patienten mit Alkoholproblemen betreut haben. Nach den Worten von Dr. Salamon

kann die spezielle Tuberkuloseabteilung mit guten Ergebnissen aufwarten: Nur 17% der obdachlosen Patienten erkranken erneut an Tuberkulose.¹⁸ Eine Zahl, die sehr hoch zu sein scheint, doch Dr. Salamon entgegnet: „Auf der anderen Seite ist es auch richtig, dass 83% der Patienten sich nicht mehr infizieren.“ Wenn Dr. Salamons Patienten aus dem Krankenhaus entlassen sind, hat sie keine Möglichkeit mehr ihre weitere Entwicklung zu verfolgen. Sie ist jedoch zuversichtlich, dass die Mehrheit nach der Entlassung eine Unterkunft findet. Vor der Entlassung muss jedoch erst sichergestellt werden, dass sie ihre Behandlung abgeschlossen haben. Dr. Salamon erläutert dazu Folgendes:

[Sie] verlieren die Geduld oder wollen ihre Arzneimittel nicht über einen Zeitraum von sechs Monaten oder länger regelmäßig einnehmen, selbst wenn es notwendig ist. Leider weichen [einige] Patienten [vor der Behandlung] aus. In solchen Fällen kommt es zu einer Zwangsbehandlung. Die Konsequenz [der Unterbrechung der Behandlung] ist ein Bakterium, das nicht mehr auf die üblichen Arzneimittel reagiert. ... Wenn sich jemand mit diesen resistenten Bakterien infiziert, kann ihr oder sein Schicksal besiegelt sein, da eine Heilung sehr schwer ist.

Dr. Ágnes Kádár hat in dieser Abteilung eine Teilzeitstelle als Ärztin. Darüber hinaus ist sie am Institut für Suchtforschung tätig. Dr. Salamon ist als Chefärztin für eine weitere Tuberkulose-Abteilung im Korányi-Krankenhaus zuständig, in der bei diesem Besuch auch das Gespräch stattfindet. Dr. Kádár arbeitet seit vier Jahren für diese spezielle Abteilung. Nach dem ersten Jahr hörten zwei ihrer Kollegen im Gebäude L auf. Für die Verwaltung ist das ein allgemeines Problem: Für neu ausgebildete Ärzte ist die Aussicht, in einer Abteilung mit schwierigen Männern und Frauen zu arbeiten, die starke Trinker, obdachlos und in vielen Fällen auch Drogenkonsumenten waren, keine verlockende Perspektive.

An diesem Montagmorgen ist Dr. Kádár sehr erregt. Zwei ihrer Tuberkulosepatienten haben am Wochenende das Krankenhaus verlassen und nach vier Monaten Abstinenz in der nahegelegenen Gastwirtschaft ausgiebig Alkohol zu sich genommen. Zwar müssen die Patienten in der Regel ein Arzneimittel einnehmen, das in Kombination mit Alkohol Übelkeit hervorruft, doch diese beiden Patienten haben am Wochenende trotz des Medikaments getrunken, und als sie in das Gebäude L zurückkehrten, waren sie in sehr schlechter Verfassung. „Das sind die schwierigsten Zeiten für mich“, erklärt Dr. Kádár.

¹⁸ Die Autorin dankt Professor Dezso Kozma vom Korányi-Krankenhaus dafür, dass er einen Großteil der in dieser Studie verwandten Daten zur Verfügung gestellt hat. Die statistischen Daten wurden vom Korányi-Krankenhaus für Pneumologie, Abteilung Methodologie, den statistischen Jahrbüchern der Jahre 2000 und 2001 entnommen.

„Wenn die Patienten auf der Suche nach Alkohol ausrücken, dann denke ich, dass meine Arbeit vollkommen nutzlos ist. Ich bin wirklich deprimiert.“

In diesem Augenblick betritt ein anderer Patient das Büro, um mit der Ärztin über Ausgang bis zum Abend zu „verhandeln“. Ein alter Freund habe ihn besucht und gebeten, dass er ihm bei seiner Arbeit in Budapest helfe. Dr. Kádár sagt nein, aber der Patient lässt nicht locker und fleht sie an, ihn doch in die Stadt gehen zu lassen. Er verspricht auch, keinen Tropfen Alkohol zu trinken. „Beim letzten Mal habe ich meine Erfahrung gemacht“, sagt er. „Das hat vollkommen gereicht. Ich habe zwei Gläser Bier getrunken und wäre fast gestorben. Ich habe kein Verlangen mehr nach Alkohol. Ich nehme die Anti-Alkohol-Pille. Ich weiß, was Trinken dann bedeutet. Ich werde nicht trinken. Ich verspreche es.“

Nachdem Doktor Kádár fünf Minuten lang sein Flehen und seine Versprechungen, nicht zu trinken, angehört hat, erlaubt sie ihm schließlich doch zu gehen. Sie erklärt ihre Entscheidung folgendermaßen:

Ich musste ihn gehen lassen. Er lebt seit sechs Monaten hier. Während seiner kurzen Wochenendabwesenheiten hat er wirklich ein paar Gläser Bier getrunken, nach denen es ihm sehr schlecht ging. Deshalb muss ich ihm jetzt vertrauen. Wissen Sie, wir müssen im Grunde genommen auch gute Psychologen sein. Ich muss ihm eine Chance geben, damit er seine Zuverlässigkeit und Lernfähigkeit beweisen kann. Sonst könnte sich seine Einstellung im Laufe der Behandlung ins Gegenteil kehren, wodurch nicht nur seine Chancen auf eine vollkommene Genesung beeinflusst werden könnten, sondern auch die Atmosphäre in seinem Vier-Bett-Zimmer. Ich kann nichts anderes machen als für ihn zu beten und darauf zu vertrauen, dass er nüchtern und mit gestärktem Selbstwertgefühl zurückkommt.

Es scheint eine Atmosphäre zu herrschen, in der die einzelnen Patienten ständig bewertet und beurteilt werden um zu entscheiden, wie viel oder wie wenig Vertrauen ihnen entgegengebracht werden kann. Alle Patienten sind unterschiedlich suchtkrank, doch alle werden behandelt. Es gibt hier eine merkwürdige Mischung aus Hoffnung und Enttäuschung und zwischendurch auch einige Erfolge.

Tuberkulose-Reihenuntersuchungen

Beim Versuch, den Erfolg des Krankenhauses zu beurteilen, kann man nicht auf statistisches Zahlenmaterial hinsichtlich der Zahl der Tuberkulosepatienten unter den obdachlosen Patienten im Allgemeinen zurückgreifen. Dr. Kádár versichert jedoch, dass unter den Obdachlosen die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen steigt. Als Antwort darauf wurde diese spezielle Abteilung gegründet.

Wenn ein Obdachloser in Ungarn einen Schlafplatz für eine Nacht in Anspruch nehmen möchte, muss er an einer Lungen-Reihenuntersuchung teilgenommen haben. Bei positivem Befund müssen die Betroffenen ein Tuberkulose-Ambulatorium aufsuchen und sind laut Gesetz verpflichtet, sich einer Behandlung zu unterziehen. Doch die meisten Krankenhäuser lehnen die Aufnahme von Obdachlosen ab. Theoretisch gesehen müssten sie alle Patienten aufnehmen, doch in der Praxis überweisen sie die obdachlosen Tuberkulosepatienten an das Korányi-Krankenhaus für Pneumologie, weil es dort das spezielle Programm im Gebäude L gibt.

Dr. Kádár hat die Erfahrung gemacht, dass „Obdachlosigkeit auch Alkoholismus bedeutet“, und obdachlos und Alkoholiker zu sein bedeutet mit ziemlicher Sicherheit, dass man an Tuberkulose erkrankt. Sie fügt hinzu: „98% unserer Patienten sind schwere Trinker. Sie verbringen viele Monate hier. Wir entlassen sie erst, wenn sie sowohl von der Tuberkulose als auch vom Alkoholismus geheilt sind. Wir haben sehr gute Beziehungen zu Nachsorgeeinrichtungen und Freiwilligenorganisationen, die sich um die Zukunft der genesenden obdachlosen Patienten kümmern.“ Auf die Frage, wie viele der geheilten Tuberkulosepatienten einen Rückfall erleiden, fällt die Antwort enttäuschend aus. Wenn man die Frage auf diejenigen bezieht, die wieder obdachlos werden und auf der Straße leben, lautet Dr. Kádárs Antwort „fast alle“.

Der stellvertretende Leiter des Korányi-Krankenhauses, Professor Dezso Kozma, erläutert die allgemeine Tuberkulosesituation in Ungarn. Er erklärt, dass Tuberkulose schon immer die Krankheit der Armen ist. Allerdings hat niemand vorhersagen können, dass nach den politischen Veränderungen in den späten 80er Jahren die Zahl der Tuberkulosepatienten in Ungarn so steil ansteigen würde. Zwischen 1990 und 1995 lag der Anstieg bei 20%, schwächte sich in den späten 90er Jahren dann jedoch etwas ab. Laut den jüngsten Daten, die der WHO im Jahr 2000 vorgelegt wurden, gab es in Ungarn 31 Tuberkulosepatienten pro 100 000 Einwohner.¹⁹ Im Jahr 2000 wurden 3073 Patienten neu registriert, ein Jahr später war bei den Neuerkrankungen ein Anstieg auf 3320 zu verzeichnen. In den ärmeren Gebieten im östlichen Teil des Landes ist die Melderate der Tuberkulosefälle doppelt so hoch wie in den westlichen Gebieten mit 50 pro 100 000 Einwohner.

„Der Hauptgrund für die steigende Zahl an Patienten mit aktiver Tuberkulose sind die sozioökonomischen Veränderungen“, erklärt Professor Kozma. Er fügt hinzu:

¹⁹ Daten aus Computerized Information System for Infectious Diseases (CISID) (<http://cisid.who.dk>, eingesehen am 10. Juli 2002).

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

Einige Teile der Gesellschaft leben unter sich verschlechternden [wirtschaftlichen] Bedingungen. Es gibt mehr Arme als früher und mehr Obdachlose und Arbeitslose. Zwischen den einzelnen Landesteilen bestehen erhebliche Unterschiede. Die östlichen Gebiete wie Szabolcs-Szatmár in der Nähe der rumänischen Grenze und die Budapester Region hatten und haben auch heute noch eine höhere Zahl an registrierten Neuerkrankungen. Wir betrachten die Obdachlosen und Alkoholiker als größte Risikogruppe für eine Tuberkuloseinfektion. Vor drei Jahren haben wir feststellen müssen, dass die Tuberkuloseinzidenz unter der obdachlosen Bevölkerung um 44% höher war als bei der normalen Bevölkerung. Im Jahre 2000 war die Inzidenz zurückgegangen. Sie ist jetzt nur noch um 25% höher, aber damit immer noch sehr hoch.

In Westeuropa ist die Inzidenz mit 10–15 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner bedeutend niedriger als in Ungarn und in den anderen ehemals kommunistischen Ländern, vor allem Rumänien, das die höchste Rate an Tuberkuloseerkrankungen in Europa aufweist.

Therapie-Sitzung im Korányi-Krankenhaus



Im Korányi-Krankenhaus beginnt gerade die wöchentliche Gruppensitzung im Gemeinschaftsraum. Jeden Mittwoch finden sich alle obdachlosen Patienten hier zu einem Trainingsprogramm zur Persönlichkeits-

entwicklung ein. Die Sitzung wird von Géza Zánkay, einem Psychologen im Ruhestand, geleitet. Obwohl er über 60 ist, kommt er jede Woche zum Gespräch mit den obdachlosen Patienten. Er arbeitet seit 15 Jahren im Korányi-Krankenhaus und Sanatorium für Pneumologie und Tuberkulose. Die Gruppensitzung beginnt er mit Routinefragen nach dem Essen und der Sauberkeit der Krankenzimmer. Bei der Beantwortung der allgemeinen Fragen fangen einige Patienten an, sich über Qualität und Quantität des Essens zu beschweren, aber bald schon geht die Diskussion auf ein anderes Thema über: die fehlende Freiheit. Und das wiederum führt zu einem der zentralen Probleme, dem Alkoholverbot.

„Ihr wollt zwei Göttern dienen: Nüchternheit und Rausch“, erwidert Zánkay einer Gruppe von Patienten, die in Erinnerungen an „alte Zeiten“ schwelgt, als

sie mit ihren Kumpeln zusammen „eine gute und entspannte Zeit erlebten und mit Freunden eine Flasche tranken.“ Im Gebäude L herrscht Alkoholverbot und die Hausordnung schreibt die Einnahme eines Arzneimittels vor, das bei Alkoholgenuß Übelkeit hervorruft. Die Diskussion geht weiter: Ein Patient kritisiert Menschen, die die Freundlichkeit anderer ausnutzen, ein weiterer Patient spricht an, dass das Leben in der Anstalt keine Perspektive bietet. Doch solche Diskussionen können Géza Zánkay nicht entmutigen. Er betont, dass die Hauptaufgabe aller Patienten darin besteht, ihr Alkoholproblem sowie ihre Tuberkuloseerkrankung zu überwinden. „Wenn ihr euch nicht in das System einfügen wollt, kann ich euch dazu zwingen“, sagt er und bezieht sich auf das Tuberkulosegesetz aus dem Jahr 1961.

Géza Zánkay bittet einen Teilnehmer, Feri, von seiner erst kürzlich aufgenommenen Wochenendarbeit an einer Schule zu berichten. Der Mann mittleren Alters befindet sich in der zweiten Behandlungsphase und hat außerhalb des Krankenhauses eine Arbeit angenommen. Sein Bericht ist eine interessante Einführung in die Rehabilitation und unter den Sitzungsteilnehmern verbreitet sich ein Hauch von Optimismus. Feri erzählt Folgendes:



Géza Zánkay, Psychologe

Als ich mit dem Trinken angefangen habe, hatte ich eine Wohnung und eine Arbeit. Ich bin jetzt seit vier Jahren obdachlos. Im Moment bezahlt mir die Schule 10 000 Forint [35 US-\$]. Das hat mich zum Nachdenken gebracht. Viele Leute denken, dass ihnen jemand helfen wird. Aber das ist falsch. Wir müssen uns selbst helfen. Niemand wird für uns handeln. Ich musste lange anstehen, um beim Bürgermeister von Budakeszi ein Gespräch zu bekommen. Aber schließlich hat er mich empfangen und ich habe einen Wochenendjob bekommen. Im Moment, wo ich noch hier in Behandlung bin, reicht das Geld aus. Aber ich verspüre in mir die Kraft, dass ich meine Zukunft in die Hand nehmen kann, wenn ich vollkommen genesen bin. Ich bin zuversichtlich und das ist großartig!

Ganz unerwartet applaudieren ihm die anderen Teilnehmer. Zánkay verstärkt die positive Reaktion durch ein Gleichnis, in dem es darum geht, keinen Fisch wegzugeben, sondern andere zu lehren, ihn zu fangen. Die Diskussion wendet sich dann Fragen zu, die mit den unterschiedlichen Aspekten der Zukunft zu tun haben.

Dr. Kádár und Dr. Salamon nehmen an einer Sitzung mit Dr. Alíz Erdélyi, der Psychiaterin der Abteilung, teil. Sie lassen die Patienten sprechen, beobachten sie und ihre Reaktionen aufeinander. Nach der Sitzung sagt Zánkay:

Ich möchte diesen obdachlosen Patienten beibringen, sich wieder für ihr Leben einzusetzen. Ich möchte, dass sie daran glauben, wieder ein normales Leben führen und noch einmal heiraten zu können. Dies sind sehr verletzbar und unsichere Menschen. Sie trinken Alkohol, um ihre Hemmungen und ihren Stress abzubauen. Dies ist eine Therapiesitzung. Ich muss in der Gruppe ein Thema finden, das Spannung erzeugt. Ich muss sie provozieren und ihnen die Erfahrung verschaffen, dass sie in der Lage sind, ihre Konflikte selbst zu lösen, indem sie sie analysieren, sie aussprechen und anderen mitteilen.

Für das Korányi-Krankenhaus wäre es leichter, nur die Krankheit zu behandeln und die Patienten dann zu entlassen, doch diese Therapiesitzungen sind Teil eines umfassenderen Ansatzes, der die Interdependenz der Probleme berücksichtigt.

Einige der Patienten erhalten bei Dr. Erdélyi eine persönliche Therapie. Nach der dreißigminütigen Beratung hat Dr. Erdélyi Zeit, um über ihre Erfahrungen mit den obdachlosen Tuberkulosepatienten zu sprechen. Sie erläutert:

In der Regel sind sie nicht in der Lage, ihre Probleme selbst zu lösen. Vor Problemen, mit denen sie sich nicht auseinandersetzen wollen, laufen sie davon. Meine wichtigste Aufgabe besteht darin, sie zu motivieren. Die meisten von ihnen wollen nicht wieder nach Hause bzw. auf die Straße zurück. Sie wollen nicht arbeiten oder für ihre Zukunft Verantwortung übernehmen.

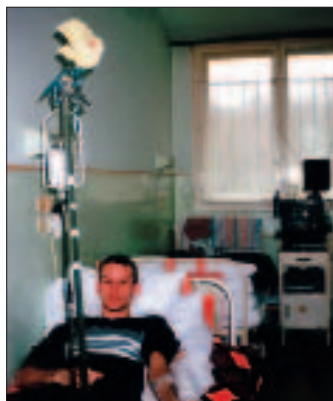
Ich bin seit sieben Jahren hier. Die größten Sorgen mache ich mir darüber, was aus ihnen wird, wenn sie von der Tuberkulose genesen sind und aus dem Korányi-Krankenhaus entlassen werden. Wohin werden sie gehen? Die Patienten werden in der Regel ohne vorherige Anzeichen rückfällig. Fünf Minuten vorher wissen sie noch nicht, dass sie wieder trinken werden. Und nach fünf Minuten stehen sie dann in einer Gastwirtschaft.

Das Korányi-Krankenhaus für Pneumologie und Tuberkulose nimmt Tuberkulose-Patienten aus allen Teilen Ungarns auf. Sie leben monatelang in Drei- oder Vier-Bett-Zimmern. Während des Aufenthalts nehmen sie Esparal ein, wodurch neue Probleme verursacht werden können. András, 28, trank während der Einnahme der Anti-Alkohol-Tablette hochprozentigen Alkohol und braucht jetzt eine zusätzliche Behandlung. Seine Lebensgeschichte ist die Geschichte eines kontinuierlichen Abstiegs.

Meine Ehe ist leider schief gegangen. Ich wurde obdachlos. Meine Lebensumstände haben sich vollkommen verändert. Dem Alkohol war ich nicht abgeneigt. Ich fing an viel zu trinken. Ich begann, in verschiedenen Unterkünften und Obdachlosenheimen zu übernachten und trank noch mehr. Vorher hatte ich nie gesundheitliche Probleme gehabt.

Meine Tuberkuloseerkrankung wurde bei einer Lungen-Reihenuntersuchung entdeckt. In den Obdachlosenheimen muss man Dokumente vorlegen, die nicht älter als sechs Monate sein dürfen. Davor hatte ich noch nie irgendwelche Probleme gehabt. Doch meine letzte Untersuchung zeigte, dass meine Lunge Schädigungen aufweist. Nach mehreren Untersuchungen kam man zu dem Schluss, dass ich an einer ernsthaften Form der Tuberkulose leide.

Der Zimmergenosse von András, Péter, kann sich glücklich schätzen, dass er noch eine Familie hat, die ihn während seiner Behandlung im Krankenhaus weiterhin unterstützt. Péter erzählt: „Ich kann nicht sagen, dass ich nichts mehr trinke. Manchmal trinke ich eine Weinschorle, aber nie zuviel. Ich bin niemals betrunken. Ich passe auf mich auf, da ich Tuberkulose habe, aber ich habe auch gar kein Geld für Alkohol. Meine Familie, die mich wieder aufgenommen hat, würde mir die Augen auskratzen, wenn ich wieder mit dem Trinken anfangen würde.“



András während seiner Behandlung

Damit ihren Patienten auch bei der längerfristigen Planung ihrer Zukunft geholfen wird, hat Dr. Salamon eine Organisation gegründet, die den geheilten Obdachlosen bei der Integration in die Gesellschaft hilft. Als Vorsitzende der „Vereinigung für Gesundheit und alkoholfreie Rehabilitation“ bittet sie um Spenden zur Unterstützung der genesenden Patienten. Es ist ihr gelungen, die Adventisten-Kirche einzubeziehen und sie hat eine Stiftung gegründet, die für die Unterkunft von bis zu 40 Patienten Mittel bereitstellt. Bei den Patienten handelt es sich um geheilte Tuberkulosepatienten, trockene Alkoholiker und ehemalige Obdachlose. Ein Haus der Stiftung befindet sich in Budakeszi, drei Bushaltestellen vom Korányi-Krankenhaus entfernt.

Bei Dr. Salamons Ansatz geht es nicht nur darum, den Patienten in medizinischer und sozialer Hinsicht zu helfen, die menschliche Einstellung zu den Patienten ist Teil der Gesamtrehabilitation. Dazu legt sie dar:

Manchmal sind die Obdachlosen richtig geschockt, wenn sie merken, dass sie als Menschen wahrgenommen werden, da sie überall sonst schlecht behandelt, vertrieben oder ausgestoßen worden sind. Die bloße Tatsache, dass sie als Mensch angesehen werden, reicht schon aus, um Vertrauen aufzubauen und dann kann man mit der Arbeit beginnen. ... Aber wenn die Zeit des Abschiednehmens gekommen ist, dann mache ich mir immer Sorgen darüber, ob sie stark genug sein werden, dem Alkohol und den alten Kumpeln den Rücken zu kehren. Ich hoffe, dass sie durch unsere geschützten Häuser und Arbeitsplätze mehr Stärke entwickeln, als sie sie vielleicht ohne diese Unterstützung hätten.

Heim und Arbeitsplatz für genesende Tuberkulosepatienten



László, ein ehemaliger Tuberkulose- und Alkoholpatient, hat seit 1994 keinen Alkohol mehr getrunken. Er steht vor dem von der Stiftung errichteten großen Haus und erklärt: „Hier wohnen 40 ehemalige Tuberkulose- und Alkoholpatienten und ehemalige Obdachlose. Jeder von ihnen arbeitet, denn in diesen Häusern, die mit den Geldern der Stiftung

erbaut wurden, ist es Pflicht zu arbeiten. Einen Arbeitsplatz erhält man von der speziellen Abteilung des Korányi-Krankenhauses, von Dr. Salamon oder der Adventisten-Kirche. Wir haben eine strenge Regel: Wenn jemand Alkohol trinkt, muss er innerhalb von 24 Stunden das Haus verlassen. Das ist DIE REGEL!“

László mit einer Erinnerungsurkunde für den Bau von Häusern für Obdachlose vom Minister für Jugend und Sport



Die ehemals obdachlosen Patienten haben das Haus selbst gebaut. Sie haben die Steine gesetzt und den Mörtel angerührt. Sie haben Tischlerarbeiten ausgeführt und die Wände gestrichen. Das Programm bereitet auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess vor: Die Patienten setzen bereits vorhandene Fertigkeiten ein oder erlernen neue. Die 40 genesenden Obdachlosen leben bis zu zwei oder drei Jahre in den vielen Räumen des Hauses. Während dieser Zeit sparen sie soviel Geld wie möglich, um bei Verlassen der Einrichtung ein neues Leben aufzubauen. Sie arbeiten sechs bis acht Stunden am Tag, bezahlen einen Teil der anfallenden Nebenkosten wie beispielsweise Heizung, Wasser

und Strom und behalten den Rest zur eigenen Verfügung. Die meisten von ihnen führen Gärtnerarbeiten oder Hausmeistertätigkeiten an Schulen aus, einige von ihnen aber auch handwerkliche Berufe wie Tischler oder Maurer.



*Genesende Tuberkulosepatienten
bei der Kunststoffherstellung*

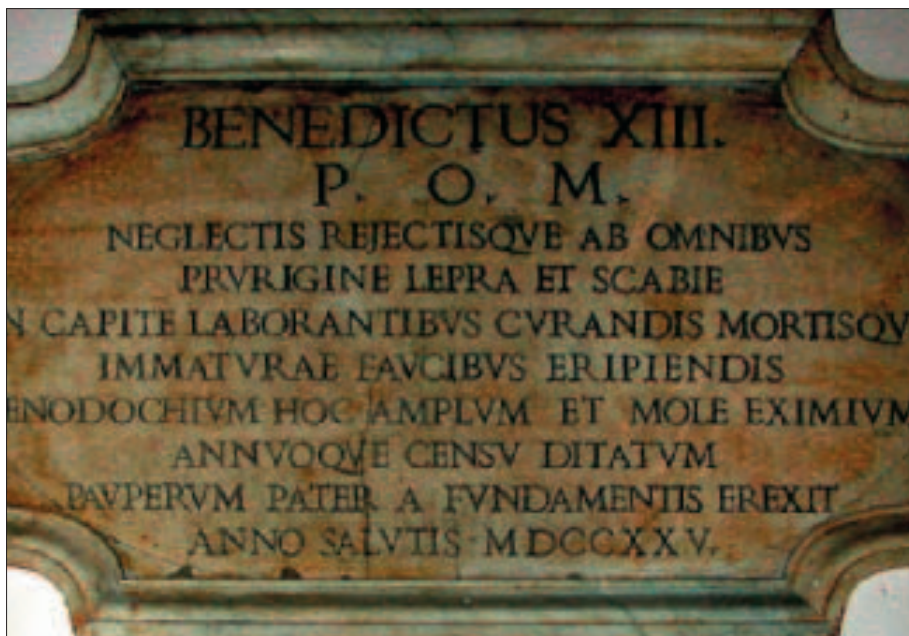
Die nach ihrer Genesung aus dem Krankenhaus entlassenen Bewohner fahren in die unterschiedlichen Stadtteile von Budapest, um dort einer Arbeit nachzugehen. Einige der älteren oder schwächeren Patienten können aber auch in der hauseigenen Kunststoffwerkstatt arbeiten.

Herr Rudas ist bereit, die Einrichtung zu verlassen. Im letzten Jahr hatte er die Stiftung um Arbeit und eine Unterkunft für drei Jahre gebeten. Er hat es geschafft. Er sagt, dass er weder Alkohol noch seine Saufkumpane vermisse. Ich arbeite gern und bin stolz darauf, in einem Haus zu wohnen, das ich mit meinen eigenen Händen erbaut habe. Und darüber hinaus möchte ich meinen alten Saufbrüdern aus dem Wege gehen.“

Fallstudie 5

Von Fehlinformation und Ignoranz zu Anerkennung und Fürsorge: Einwanderer und Obdachlose in Rom, Italien *Dario Manfellotto*

Im Heiligen Jahr 1725 ließ Papst Benedikt XIII. das Krankenhaus San Galliano erbauen, zur Pflege und Fürsorge für die Armen und Ausgestoßenen und um den nach Rom kommenden Pilgern zu helfen, die unter Hautkrankheiten, insbesondere Lepra und Krätze, litten. Eine Marmortafel an der Wand des Krankenhauses erinnert den Leser in lateinischer Schrift:



Marmortafel

Ein paar Jahrhunderte später, zu Beginn des neuen Jahrtausends, steht das Krankenhaus noch immer, wenn auch unter anderem Namen, nämlich als Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) San Gallicano. Es befindet sich in dem beliebten alten Stadtteil Trastevere. Auch Arme und Ausgestoßene gibt es immer noch und der Bedarf an Unterstützung und Versorgung dieser Menschen ist trotz des sozialen und wirtschaftlichen Fortschritts für das Gesundheitswesen in Italien weiterhin aktuell.

In der modernen italienischen Gesellschaft gilt als arm, wer unter besonders ungünstigen Bedingungen lebt und von unterschiedlichen Arten von Sozialleistungen abhängig ist. Die Armen haben auch einen erschwerten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens und zu sozialen und medizinischen Einrichtungen. Die Schwachen und Bedürftigen, Immigranten, Nichtsesshaften und Obdachlosen stellen sich überschneidende Gruppen dar, aber es gibt auch noch die älteren Bürger, die von einer Arbeitsunfähigkeits-, einer Sozial- oder Altersrente leben müssen.

Artikel 3 der italienischen Verfassung besagt: „Die persönliche Würde des Menschen ist unantastbar und jeder ist vor dem Gesetz gleich, ungeachtet seines Geschlechts oder seiner Rasse, Sprache, Religion, politischen Überzeugung oder seiner persönlichen oder gesellschaftlichen Stellung.“ In Artikel 32 steht: „Die Republik betrachtet die Gesundheit als ein Grundrecht aller Menschen und als Aufgabe des Staates und garantiert eine kostenfreie medizinische Versorgung der Kranken.“

Italien und die Immigration

Gegenwärtig dient Italien, primär aufgrund seiner geographischen Lage und des anfänglichen Fehlens von Einwanderungsgesetzen, für Tausende von Immigranten als Tor nach Europa.

In den vergangenen Jahren hat Italien begonnen, entsprechende gesetzliche Regelungen und operative Instrumente zur Steuerung der Einwanderung zu schaffen. Im Jahr 1995 wurde in den Eilvorschriften über Einwanderung, Zutritt und Aufenthalt von Nicht-EU-Bürgern in Italien (D.L. 489) das Recht auf Gesundheitsversorgung für alle illegalen oder nicht gemeldeten Personen festgeschrieben. Es gilt nicht nur für eine Einzelbehandlung, sondern auch für eine kontinuierliche medizinische Versorgung. Im Jahr 1998 wurde im Gesetz 40, das sich insbesondere mit dem Gesundheitsversorgungssystem und den Leistungen für Zuwanderer befasst, bekräftigt, dass niemand von Leistungen der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden kann. Durch das Konsolidierungsgesetz über disziplinarische Regelungen bei Immigration und Regeln im Umgang mit Ausländern (D.L. 286/1998), das das oben genannte Gesetz 40/98 umfasst, gelang es beachtlich, Unstimmigkeiten und Diskriminierung im

Verhältnis zwischen Immigranten und Gesundheitswesen zu beseitigen. Sowohl die Verfügung 394/1999 des Präsidenten (Durchführungsbestimmungen des Konsolidierungsgesetzes hinsichtlich des Verhaltens ggü. Immigranten und Regeln über die Bedingungen für Ausländer, gemäß Artikel 1 D.L. 286/98) sowie das Rundschreiben 5 des Gesundheitsministeriums (24/3/2000: Vorschriften zur Gesundheitsversorgung) ergänzen die Reform und aktualisieren die Vorschriften, die den unbeschränkten Anspruch auf Vorsorge-, Heil- und Rehabilitationsleistungen des Gesundheitswesens für alle ausländischen, legal oder illegal in Italien lebenden Bürger gewährleisten.

Im Januar 2001 waren nach offiziellen Daten über die Einwanderung nach Italien 1 388 153 Ausländer im Besitz einer Aufenthaltsgenehmigung. In der Lazio-Region gab es ca. 245 000 offiziell gemeldete Ausländer: 90,6% leben in der Provinz Rom, in der die Mehrheit der Einwanderer konzentriert ist, gefolgt von Mailand.

Die Betreuung von Menschen mit unterschiedlichem sozialen und kulturellen Hintergrund ist nicht einfach. Es gibt Sprachbarrieren und häufig nehmen Immigranten keine Vorsorgeleistungen in Anspruch, sondern wenden sich erst im Notfall an Sozial- und Gesundheitsämter oder in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium, wenn eine Behandlung oft schon viel teurer ist.

Die Abteilung Präventive Migrationsmedizin im San Gallicano-Hospital, Rom

In Anerkennung der Bedürfnisse der Einwanderer wurde am 1. Januar 1985 im Krankenhaus San Gallicano eine Abteilung für Präventive Migrationsmedizin eingerichtet. Seit Jahren

ist die Abteilung die einzige öffentliche Anlaufstelle, und zwar nicht nur für die Betreuung und Behandlung, sondern auch für medizinische, epidemiologische, soziale und anthropologische

Forschung über die Bevölkerungsgruppen der Immigranten, Nomaden und Obdachlosen.



Die Mitarbeiter der Abteilung Präventive Migrationsmedizin

Dr. Aldo Morrone, Facharzt für Dermatologie und Venerologie an der Universität Rom, ist Leiter dieser Abteilung. Unter seiner Führung ist die Dienststelle auf einen Stab von vier Ärzten, zwei Sozialhelfern, einem Verwaltungskordinator, zwei ausgebildeten Krankenschwestern und zahlreichen weiteren

Fachleuten angewachsen, darunter verschiedene Fachärzte, Psychologen, Epidemiologen, Soziologen und Statistiker.

In der Abteilung gibt es einen medizinisch-anthropologischen Beratungsdienst, der insbesondere gesellschaftlich Benachteiligte aufsucht und betreut, bei denen ein Erkrankungsrisiko besteht. Es existiert auch eine kostenlose Rechtsberatung für bedürftige Personen, ein kostenloser ethno-psychiatrischer Dienst und Hilfe durch Anthropologen der Universität „La Sapienza“ in Rom, die von Prof. Gioia Longo Di Cristofaro koordiniert wird. Alljährlich organisiert die Abteilung in Zusammenarbeit mit dem Stadtrat von Rom und der Vereinigung „Casa dei Diritti Sociali“ ein internationales Seminar für transkulturelle Medizin, das sich an Sozialmediziner, Verwaltungsbeamte, Lehrer und Ehrenamtliche richtet mit dem Ziel, Interesse und Verständnis zu wecken und Erfahrungen über die schwierigen Gegebenheiten im Gesundheitswesen auszutauschen.

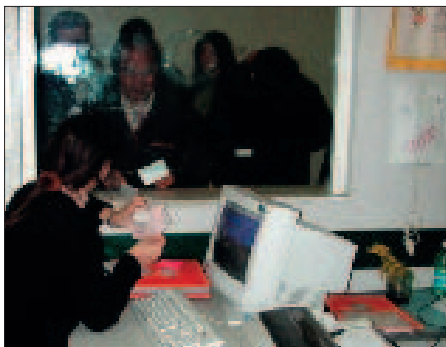
Seit Beginn steht die Abteilung allen Bürgern, also Italienern und Ausländern, gleichermaßen offen. Die Leistungen sollen jedoch speziell Immigranten, Obdachlosen, Nichtsesshaften und Personen ohne Krankenversicherungskarte zugute kommen.

Nach dem gegenwärtigen Stand der Gesetzgebung haben alle italienischen Bürger (und auch legal in Italien ansässige Einwanderer) ungeachtet ihrer wirtschaftlichen Lage freien Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens. Eine Kostenbeteiligung kann für bestimmte Leistungen und Medikamente verlangt werden. Illegale oder nicht gemeldete Immigranten können sich zwecks medizinischer Versorgung an ein Gesundheitszentrum wenden, vorausgesetzt, sie können sich ausweisen und sind als *straniero temporaneamente presente (STP)*, d. h. als vorübergehend in Italien anwesende Ausländer, gemeldet. Laut Gesetz müssen Ausländer, die keinen Personalausweis oder Pass besitzen, nur ihren Namen, ihr Geburtsdatum und ihre Nationalität angeben, um eine STP-Nummer zu erhalten. Mit dem STP-Dokument erhalten sie kostenfreie Leistungen und die wichtigsten Medikamente, wenn sie sich diesbezüglich an ein staatliches Krankenhaus wenden. Das STP-Dokument muss alle sechs Monate verlängert werden.

Warteschlange vor dem Eingang der Abt. Präventive Migrationsmedizin



Jeden Morgen stehen viele Patienten vor dem Haupteingang des Instituts San Gallicano Schlange und warten auf das Erscheinen der Ärzte. Neben Italienern finden sich Personen unterschiedlichster Kulturen, Religionen, Sprachen und Hautfarben ein. Die Abteilung bietet Touristen, Missionaren und Reisenden nach oder aus tropischen Ländern spezielle Untersuchungen, Beratungen und aktuelle Informationen über Präventivmaßnahmen gegen die häufigsten Tropenkrankheiten an.



*Registrierungsstelle
Unterlagen für junge Patienten*

Zur Zeit erhalten täglich zwischen 150 und 200 Personen Hilfe von dieser Abteilung. Bei Ankunft eines Patienten wird dieser zunächst von einem Team untersucht, das aus einem Arzt (normalerweise einem Internisten), einer Krankenschwester und einem Kultur- bzw. Sprachmittler besteht. Hier erfolgt die Anmeldung des Patienten und bei Bedarf wird ein STP-Dokument erstellt. Eine weitere Untersuchung (und Beratung) kann für dermatologische, allergische, onkologische, plastisch-chirurgische, internistische, infektiöse, neurologische, tropische, Geschlechts- oder sexuell übertragbare Krankheiten und Aids erfolgen. Vor kurzem wurde zusätzlich ein Dienst für Odontostomatologie eingerichtet.

Neben der täglichen kostenlosen Versorgung von Kranken betreibt die Abteilung auch Forschung zwecks Studium und Beobachtung des gesundheitlichen Umfelds und der Gesundheitsrisiken für diese speziellen Gruppen. Die



*Klinische Untersuchung von
Patienten*

gesammelten Daten werden analysiert und statistisch nach folgenden Faktoren ausgewertet: Herkunftsland, Alter, Ausbildung, Häufigkeit der Krankheiten, am häufigsten auftretende Krankheiten, Drogenmissbrauch, sexuell übertragbare Krankheiten, Sexualverhalten, Dauer des Aufenthalts in Italien, legaler oder illegaler Aufenthalt, familiäre oder andere soziale Bindungen, Verhalten und Lebensstil.

Besondere Betreuung

Seit 1996 wird die Behandlung durch sprachlich-kulturelle Mittler unterstützt, die die Ausländer willkommen heißen und ihnen das Prozedere in deren Muttersprache erklären. Die Mittler sollen auch das allgemeine und kulturell-spezifische Verstehen von Diagnose und Therapie erleichtern, damit jeder einzelne Patient optimal betreut wird.

Ein Beispiel für die Bedürfnisse muslimischer Patienten während des Ramadans zeigt, wie die Abteilung auf bestimmte Befindlichkeiten eingehen muss. Dr. Morrone bestätigt: „Anfangs gab es einige Missverständnisse. Wir haben allen Patienten, die mit Kortison behandelt wurden, empfohlen, das Medikament morgens beim Frühstück gemäß dem 24-Stunden-Rhythmus des natürlichen Hormons einzunehmen. Wir sagten dies einem muslimischen Patienten mit einer starken diffusen Dermatitis.“ Nach einigen Tagen kam der Patient wieder in die Praxis und sein Zustand hatte sich überraschenderweise verschlechtert. „Ein Kulturmittler“, fährt Dr. Morrone fort, „half den Fall aufzuklären. Wegen des Ramadans aß der Patient kein Frühstück und nahm deswegen auch kein Kortison ein. Sein Zustand besserte sich, nachdem er das Medikament entgegen der pharmakologischen Gepflogenheiten und dem 24-Stunden-Rhythmus nach Sonnenuntergang einnahm.“

Ein ähnliches Missverständnis ergab sich nach der Empfehlung, die wegen einer Infektion verschriebenen Antibiotika nach den Mahlzeiten (Frühstück und Mittagessen) einzunehmen. Der Patient war gläubiger Moslem und fastete während des gesamten Ramadans: Am Tag nahm er kein Essen (oder Medikamente) zu sich. Die Abteilung berücksichtigt diese kulturellen Unterschiede nun und ist auch nachts geöffnet, um Behandlungen nach Sonnenuntergang zu ermöglichen. Intravenöse Tröpfe, Injektionen und sonstige Medikamente werden auch nachts angeboten. Bei Diabetikern werden anstelle einer Injektion vor jeder Mahlzeit zwei Dosen Insulin (eine vor Sonnenaufgang und eine nach Sonnenuntergang) verabreicht.

Die Menschen, die die Abteilung aufsuchen, haben fast alle Krieg, Armut, Ausgrenzung oder Einsamkeit erlebt. Während einer Dienstreise nach Rom erfuhr ein 45-jähriger Geschäftsmann aus Somalia (S. H.), dass er aufgrund des Krieges in seinem Heimatland nicht nach Hause zurückkehren könne. Seine

Bankkonten waren gesperrt worden und es gelang ihm nicht, finanzielle Unterstützung zu bekommen. Seine Familie war in Somalia, und er hatte Schwierigkeiten, mit ihr in Kontakt zu treten. Der früher wohlhabende Mann war nun arm, obdachlos und arbeitslos. Er begann unter den Brücken des Tiber oder im Hauptbahnhof zu schlafen.

Wie sich Dr. Morrone erinnert, hatte S.H. nie zuvor gesundheitliche Probleme, aber aufgrund von Unterernährung und Obdachlosigkeit litt er nun unter Fieber, Infektionen, chronischem Husten und Bronchitis. Er suchte häufig die Ärzte wegen eines merkwürdig brennenden Gefühls im Mund und wegen Halsschmerzen auf. „Durch eine Untersuchung unseres HNO-Arztes konnte schnell die Diagnose gestellt werden: ein Kehlkopfkarcinom“, berichtet Dr. Morrone. „Der Patient wurde stationär aufgenommen und sein Kehlkopf komplett entfernt. Sein klinischer Zustand war sehr schlecht. Zudem konnte er aufgrund der Operation nicht mehr sprechen und musste alle seine Wünsche aufschreiben.“ In kurzer Zeit verschlechterte sich sein Zustand lebensbedrohlich. Er bat Dr. Morrone ihm zu helfen, seine Familie zu versammeln, damit er seine Frau und seine drei Söhne vor seinem Tod sehen könne. Die Abteilung übernahm die Kosten für die Flüge seiner Angehörigen nach Rom und ein Freund eines Arztes stellte dem Patienten sein Haus zur Verfügung, damit der Kranke die verbleibende Zeit bis zu seinem Tod unterstützt durch die ihn liebenden Angehörigen verbringen konnte.

Doch nicht alle Krankheitsgeschichten enden traurig und Dr. Morrone erinnert sich an viele mit gutem Ausgang. Eine junge Frau aus Belgrad hielt sich in Italien auf, um ihre Kenntnisse über die Geschichte und Literatur des Landes zu vertiefen, als der Konflikt im ehemaligen Jugoslawien ausbrach. Sie musste in Italien bleiben – mit einer gesperrten Kreditkarte und ohne Möglichkeit des Kontaktes zu ihrer Familie. Sie begann in Genua auf dem Markt zu arbeiten; später musste sie als Prostituierte arbeiten um überleben zu können. Sie beschloss, der Stadt Genua zu entkommen und nach Rom zu gehen. Dort bat sie um eine Untersuchung in der Abteilung für Präventive Migrationsmedizin im San Gallicano-Krankenhaus. Sie hatte sich eine Geschlechtskrankheit zugezogen, die sofort erkannt und vollständig geheilt werden konnte. Diese Frau war ausgesprochen gebildet und sprach perfekt Italienisch. Man bot ihr an, als Kulturmittlerin für Menschen aus dem Balkan in dieser Abteilung zu arbeiten. Sie blieb daraufhin bis zum Ende des Konflikts in Italien und kehrte später in ihre Heimat und zu ihrer Familie zurück.

Außer für Serbisch und Kroatisch gibt es auch Sprach- und Kulturmittler für die Sprachen: Französisch, Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Arabisch, Kurdisch, Lingala, Swahili, Tigrinya, Amharisch, Bantu, Tagalog, Tamil, Bengali, Bulgarisch, Polnisch, Russisch, Rumänisch und Albanisch.

Zwei kleine Patienten



Zwischen dem 1. Januar 1985 und dem 31. Dezember 2001 kamen 49 701 illegale und nicht gemeldete Immigranten zum ersten Mal in die Abteilung. Von diesen waren 19 252 (38,7%) Frauen, 10% waren Kinder, wobei deren Anteil an den Patienten kontinuierlich steigt.

Der Anteil italienischer Patienten der Abteilung wuchs von 5% im Jahr 1985 auf 25% Anfang 2002. Hierbei handelt es sich überwiegend um Obdachlose (ca. 90%) und ältere Menschen (ca. 10%).

Das erklärt sich zum Teil aus dem gewachsenen Anteil von Italienern (13,1%), die unter der Armutsgrenze leben. Für sie ist es schwierig, an Fürsorge- und Gesundheitseinrichtungen heranzukommen, da ihre Bedürfnisse vom Gesundheitswesen noch nicht in vollem Umfang gedeckt werden. Diese Menschen konsultieren die Ärzte der Abteilung wegen unterschiedlichster, insbesondere sozialer Angelegenheiten und bitten auch um einfache Behandlungen, wie beispielsweise die intramuskuläre Gabe von Medikamenten.

Migration und Gesundheit

Dr. Morrone erklärt, dass Migration ein Grund für Stress und Gesundheitsrisiken ist, weil sie eine Neuordnung des Lebens und eine Entwurzelung aus dem familiären Umfeld bedeutet. Laut zahlreichen Studien sind Einwanderer zum Zeitpunkt ihres Entschlusses, die Heimat zu verlassen, im Allgemeinen in einem guten Gesundheitszustand und verfügen über einen hohen Bildungsstand (18% haben einen Schulabschluss und 86% sprechen eine Fremdsprache). Bis vor kurzem kamen Migranten also mit guter Gesundheit ins Land und wurden erst in Italien krank. Doch jetzt trifft dieses (als „Gesunder-Immigranten-Effekt“) bekannte Phänomen, das bereits vor dem Verlassen des Heimatlandes eine Art automatische Selektion bewirkte, nur noch zum Teil zu. Laut Aussage von Dr. Morrone stellt heute bereits die Reise die erste Gesundheitsgefahr für Migranten dar. Werden 80 bis 100 Menschen auf Boote gepfercht, die für maximal 20 bis 30 Passagiere gedacht sind, und fahren sie tagelang ohne sanitäre Einrichtungen und mit wenig Lebensmitteln umher, besteht ein hohes Erkrankungsrisiko.

Der Gesundheitszustand eines neuen Einwanderers kann auch schnell durch eine Reihe von Risikofaktoren beeinträchtigt werden, wie z. B. im Aufnahmeland grassierende Krankheiten, psychologische Probleme, fehlende Einkünfte durch Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Fehlen der Familie, anderes Klima und

andere Essgewohnheiten. Die Zeitspanne zwischen der Ankunft in Italien und dem ersten Aufsuchen eines Arztes (der sogenannte „gesunde Intervall“) ist deutlich gesunken, von 10–12 Monaten in den Jahren 1993–1994 auf zuletzt 3–4 Monate. Die auf diese Situation zurückzuführenden Krankheiten können als stress- und armutsbedingt bezeichnet werden.

In Dr. Morrone's Abteilung weicht das bei Immigranten beobachtete primäre Krankheitsbild nicht sehr von dem italienischer Patienten ab. Eine Reihe sogenannter armutsbedingter Krankheiten, wie Tuberkulose, Krätze, Läusebefall und einige Virus-, Pilz- und Geschlechtskrankheiten, verweisen, auch wenn sie nicht auf Immigranten beschränkt sind, doch auf deren extreme Ausgrenzung, z. B. durch Obdachlosigkeit. Doch dem Wunsch nach Rückkehr in die Heimat, kurz vor dem Tod, ist schwer nachzukommen, wenn nicht unmöglich, und häufig sterben solche Menschen in Einsamkeit. Mit anderen Worten: Einwanderer leiden üblicherweise nicht an Tropenkrankheiten oder anderen Erkrankungen, die schwerwiegender wären als die von Italienern. Ihnen fehlen jedoch grundlegende Schutzmechanismen vor Krankheiten und eine nachfolgende schnelle Diagnose und Therapie, die es italienischen Patienten erlauben, schneller zu gesunden.

Was wurde erreicht?

Es ist schwierig, in Zahlen den tatsächlichen Effekt der von der Abteilung für Präventive Migrationsmedizin im Krankenhaus San Gallicano in Rom erbrachten Leistungen zu messen. Aber der Nutzen für Tausende von Menschen, denen es aufgrund der Arbeit des engagierten und interessierten medizinischen Teams besser geht, ist eindeutig. Zudem baut die Abteilung durch Datenspeicherung und Auswertung von Trends bei den „unsichtbaren“ (sich illegal aufhaltenden) Personen eine umfangreiche Datenbank mit wissenschaftlichen Erkenntnissen über die medizinischen und sozialen Bedingungen der Armen auf.

Dieses einzigartige Erfahrungswissen hat sich auf die Ausarbeitung moderner Gesetze über die Betreuung von Migranten ausgewirkt. Die neue Gesetzgebung ermöglicht es – zumindest rein rechtlich – allen sich legal oder illegal in Italien aufhaltenden Ausländern, die Gesundheitseinrichtungen zu nutzen.

Zudem wurde die Abteilung für Präventive Migrationsmedizin 1998 als Referenz- und Beratungszentrum für die Regierung der Region Lazio und das italienische Gesundheitswesen, in der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal für die Behandlung von Migranten anerkannt. Die Abteilung für Gesundheitsförderungsmaßnahmen des römischen Stadtrats hat die Abteilung für Präventive Migrationsmedizin außerdem zum klinisch-epidemiologischen Forschungsinstitut für die Gesundheit von Obdachlosen, Nichtsesshaften und Zuwanderern in Rom bestimmt.

Seit Dezember 2001 ist die Abteilung Mitglied des Internationalen Zentrums für Migration und Gesundheit (ICMH), einem Kooperationszentrum der Weltgesundheitsorganisation.

Die Erfahrungen deuten, unabhängig von dem ethischen Aspekt, auf Kostenwirksamkeit der Maßnahme hin. Die Kosten der Abteilung belaufen sich auf jährlich ca. 300 000 €, einschließlich Ausgaben für Medikamente und sonstiges Material, das kostenlos an alle Patienten verteilt wird. Der Nebeneffekt dieser Maßnahmen wird als wichtiges Plus angesehen. Die Behandlung kranker Immigranten hat Einfluss auf den Erhalt der Gesundheit italienischer Bürger – zum Beispiel begrenzt sie das Risiko einer Verbreitung übertragbarer Krankheiten. Außerdem erlauben Vorsorgemaßnahmen und Reihenuntersuchungen Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten im Anfangsstadium, womit eine Verschlechterung des Zustands vermieden werden kann, die ansonsten die Kosten erheblich steigern würde.

Fallstudie 6

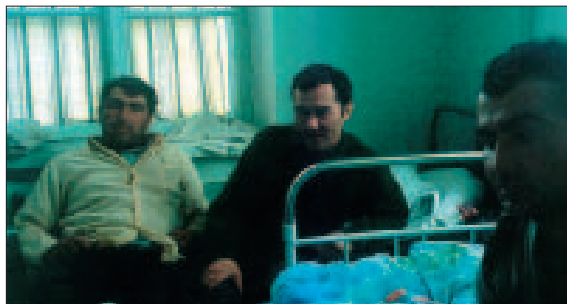
Ressourcen für die Gesundheit mobilisieren: die erste Phase der Kostenbeteiligung in Kirgisistan

Jen Tracy

Die Gebäude des Hauptkrankenhauses des Gebiets Issyk-Ata im kirgisischen Oblast (Verwaltungsbezirk) Tschui sind Albträume aus Beton und Stein. Die Gebäude haben kein Fundament, einige müssten eigentlich abgerissen werden. Andere wiederum werden nur durch halbherzige Reparaturen zusammengehalten und sind im Grunde genommen nicht mehr bewohnbar. Durch die schlecht isolierten Wände und verfallenen Fenster entweicht die Wärme. Mit Klebestreifen und Plastikstücken hat man versucht, die verrosteten Heizungsrohre zusammenzuhalten. Überall hängt Staub- und Modergeruch in der Luft.

Trotzdem ist für die drei jungen Männer, die auf engem Raum in einem der kleinen Krankenzimmer untergebracht sind, die Gesundheitsversorgung nicht mehr derselbe Albtraum wie noch vor einiger Zeit. Früher wussten sie vorher nie, wie viel Geld man ihnen bei der Aufnahme ins Krankenhaus unter der Hand abnehmen würde. Genauso wenig wussten sie, ob das Krankenhaus überhaupt in der Lage sein würde, sie mit den benötigten Arzneimitteln zu versorgen. Insbesondere, so sagen sie, komme ihnen das System der Kostenbeteiligung und die damit für den Patienten verbundene Sicherheit zugute.

Der 28-jährige Gasanow richtet sich eifrig in seinem Bett auf und erklärt, dass er mit dem Krankenhausaufenthalt nach dem neuen System zufrieden sei. „Die Situation ist jetzt besser“, sagt er. „Die Zahlungen erfolgen offiziell und ich wusste davon, bevor ich hierher kam. Außerdem bekomme ich alle Arzneien,



Gasanow und seine beiden Zimmergenossen im Hauptkrankenhaus von Issyk-Ata

die ich brauche, und ich muss nicht zur Apotheke gehen, um sie selbst zu besorgen. Es ist alles inbegriffen.“ Er stemmt sich noch weiter hoch und weist auf die Modernisierungsmaßnahmen im Raum als Zeichen dafür, dass die Reformen auch auf anderen Gebieten greifen. Seine beiden Zimmergenossen schließen sich seiner Meinung an. Sie erzählen, dass sich die Qualität der Leistungen verbessert zu haben scheint und sie täglich drei Mahlzeiten bekommen.

In Bischkek, wo die Kostenbeteiligung nicht vor Juli 2002 eingeführt werden soll, ist die Unzufriedenheit unter den Leuten allerdings größer. „Man weiß nie, welche Kosten auf einen zukommen, wenn man ins Krankenhaus kommt, und jeder hat große Angst davor, krank zu werden“, erläutert in Bischkek ein Taxifahrer mittleren Alters, der seinen Namen nicht nennen möchte. „Eine Blinddarmoperation kann bis zu 100 US-\$ kosten, aber das weiß niemand so genau, und wenn du kein Geld hast, kannst du die Operation vergessen“, sagt er.

In Kirgisistan, weitgehend noch ein Agrarland, in dem die Mehrheit der Bevölkerung unter der Armutsgrenze lebt, ist der enge Zusammenhang zwischen Gesundheit und wirtschaftlichem Überleben sehr deutlich. Die Erkrankung eines Familienmitglieds ist für diese Menschen gleichbedeutend mit dem Verlust eines Einkommens. Mit einer ärztlichen Behandlung sind inoffizielle Zahlungen verbunden, die sich eine Durchschnittsfamilie kaum leisten kann. Krankheit ist ein Albtraum und verstärkt unter den bereits ärmsten Bevölkerungsgruppen die bestehende Armut noch mehr.

Ähnlich wie in anderen ehemaligen Sowjetrepubliken leidet das Gesundheitssystem in Kirgisistan unter der übergroßen Zahl von Krankenhäusern, deren Instandhaltung selbst mit der Unterstützung internationaler Geldgeber schwierig ist. Theoretisch bietet das System allen Bürgern Zugang zu kostenloser Gesundheitsversorgung, in Wirklichkeit müssen die Patienten für angeblich kostenlose Arzneimittel und chirurgische Eingriffe bezahlen. Medizinische Fachkräfte werden darüber hinaus so schlecht bezahlt, dass sie manchmal gezwungen sind, ihr mageres Einkommen aufzubessern, indem sie den Patienten Geld abverlangen.

Ein allgegenwärtiges Problem sind die fehlenden Arzneimittel in den Krankenhäusern. Die Patienten oder ihre Angehörigen müssen versuchen, die Arzneimittel außerhalb des Krankenhauses zu besorgen, wo sie sie direkt bezahlen. Damit entsteht für die Patienten nicht nur eine ernstzunehmende finanzielle Belastung, sondern diese Situation gefährdet auch die Gesundheit der Patienten, die akut behandelt werden müssen.

Am schlimmsten haben die ärmsten Bevölkerungsschichten auf das Versagen des Gesundheitssystems reagiert. Da sie sich Gesundheitsversorgung nicht

Kostenbeteiligung in Kirgisistan

leisten können, nehmen viele Zuflucht zu Hausmitteln und erhalten überhaupt keine ärztliche Behandlung mehr. An diese Bevölkerungsgruppen dachte Ainagul Isakova, die Leiterin des Verbands der in Gruppenpraxen arbeitenden Hausärzte (einer nichtstaatlichen Mitgliederorganisation von Dienstleistern der Primärversorgung), als sie sagte: „Wir möchten nicht, dass Gesundheitsversorgung in unserer Erinnerung vollkommen verblasst.“

Teil des über zehn Jahre laufenden MANAS-Gesundheitsreformprogramms, das die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Effektivität des kirgisischen Gesundheitssystems zum Ziel hat, ist die Kostenbeteiligung. Sie gehört zu den Reformen, die vermeiden sollen, dass sich niemand mehr an eine Gesundheitsversorgung erinnern kann. Im März 2001 wurde die Kostenbeteiligung in zwei Oblast eingeführt und konnte Folgendes bewirken: Abbau inoffizieller Zahlungen für ärztliche Leistungen und Arzneimittel, Schaffung einer zusätzlichen Einnahmequelle für Krankenhäuser, leichte Anhebung der mageren Gehälter der Mitarbeiter. Darüber hinaus konnten die Gesundheitsversorgung erschwinglicher gemacht und ein zusätzlicher Fonds für die Gesundheitsversorgung der Armen eingerichtet werden.

„Insgesamt ist dieses Konzept Teil eines Maßnahmenpakets, das mit den Geldmitteln finanziert wird, die von den örtlichen Verwaltungsbehörden ... für den Gesundheitssektor in ihrem Oblast zur Verfügung gestellt werden“, erläutert Joe Kutzin, der im Land ansässige leitende Berater des WHO-Projekts zur Analyse gesundheitspolitischer Konzepte.

Ein Besuch im Hauptkrankenhaus von Issyk-Ata Mitte März 2002 lieferte ein Beispiel dafür, wie die Kostenbeteiligung funktioniert. Emen Isakow, der leitende Arzt der beiden Bezirkskrankenhäuser, erklärte sich sofort bereit, den Erfolg der Maßnahme vorzuführen. Im Hauptgebäude des Krankenhauses hängt an der Tür eines kleinen Büros ein Schild, auf dem „Zahlstelle Kostenbeteiligung“ steht.



*„Zahlstelle Kostenbeteiligung“
– das Schild an der Bürotür
und der Abakus, auf dem sie
berechnet wird*

Hinter dieser Tür registriert ein Angestellter der Krankenhausverwaltung mit Hilfe eines Abakus und eines Quittungsblocks jeden Patienten einzeln. Er prüft ihre Papiere, um den Versicherungsschutz bzw. eine mögliche Kostenbefreiung festzustellen, kassiert die entsprechende Zuzahlung und stellt eine Quittung aus. Danach begibt sich der Patient in ärztliche Behandlung. Weitere Kosten kommen auf den Patienten nicht mehr zu. „Insgesamt gesehen“, so erklärt

Isakow, „zahlen sie weniger, weil die inoffiziellen Zahlungen und andere unbekannte Kosten wegfallen. Für die Bevölkerung ist diese Situation weitaus angenehmer, da sie jetzt genau weiß, was [und ob] sie etwas bezahlen muss.“

Der kirgisische Gesundheitsminister, Dr. Tilek Meimanaliew, äußerte sich unlängst in einem Interview über den Erfolg der Kostenbeteiligung. Er sagte: „Ich bin über die bisherigen Erfahrungen erfreut. Insbesondere meine ich, dass gezeigt werden konnte, dass wir die Korruption im Gesundheitssystem zurückdrängen können und dass die Gesundheitsfachkräfte ihr Gehalt auf legale Weise aufbessern können. Darüber hinaus lässt dieses System die Patienten selbstbestimmter handeln, da es ihnen ihre finanzielle Verantwortung und ihre Rechte deutlich gemacht hat.“

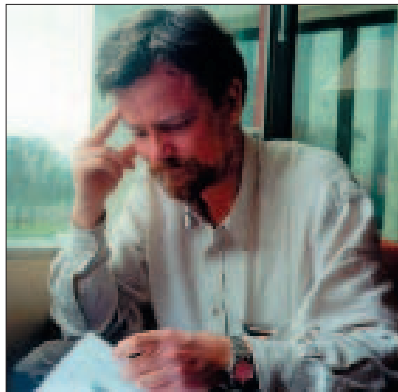
Tobias Schüth, Koordinator eines Gesundheitsprojekts des Schweizer Roten Kreuzes in Kirgisistan, schildert die Kostenbeteiligung als allgemeinen Erfolg:

Insgesamt bin ich der Meinung, dass die Maßnahme ein sehr guter Versuch ist, offizielle Nutzergebühren einzuführen, und zwar so, dass sie allgemein von der Bevölkerung angenommen werden können. Außerdem birgt die Maßnahme das Potenzial in sich, die inoffiziellen Zahlungen auf Krankenhausebene auf ein Minimum zu reduzieren und kommunale Gelder für die Krankenhäuser zu generieren – falls auf der Makroebene die Gelder für den Pflichtversicherungsfonds [die Organisation, die für die Bereitstellung öffentlicher Gelder zur Erbringung von Gesundheitsdiensten verantwortlich ist] gesichert sind.

*Dr. Tilek Meimanaliew,
kirgisischer Gesundheitsminister*



*Tobias Schüth vom Schweizer Roten
Kreuz, Bischkek*



Ninel Kadyrowa, die stellvertretende Leiterin des Pflichtversicherungsfonds, stellt ebenfalls fest, dass das System der Kostenbeteiligung zu positiven Ergebnissen geführt habe. Dazu legt sie Folgendes dar: „Das einsträngige Zahlungssystem ist im März 2001 auf den Weg gebracht worden und bisher liegen uns lediglich erste Ergebnisse vor. Diese belegen aber, wie effektiv der Zugang der Bevölkerung zu den Gesundheitsdiensten verbessert wurde.“

Ergebnisse der ersten Phase der nationalen Reform

Bei Einführung der Kostenbeteiligung im März 2001 lagen die Sätze für eine stationäre Behandlung zwischen Null und 1890 Som (ungefähr 40 US-\$), wobei fünf verschiedene Zahlungsstufen zum Tragen kamen. Das WHO-Projekt zur Analyse gesundheitspolitischer Konzepte finanzierte eine Reihe verschiedener Analysen des Kostenbeteiligungskonzepts. Im Mai und Oktober 2001 wurden unter Leitung des Schweizer Roten Kreuzes Studien durchgeführt, deren Ergebnisse einer schnellen Auswertung unterzogen wurden. Die ersten anhand dieser Studien gewonnenen Erkenntnisse zeigten, dass die Mehrheit der interviewten Personen, die unter dem neuen System behandelt worden waren, „die Kostenbeteiligung gegenüber dem früheren System eindeutig als Verbesserung empfinden.“ Schüth erläutert, welche allgemeinen Schlussfolgerungen aus den vorläufigen Ergebnissen gezogen wurden: „Im Moment erfüllt die Kostenbeteiligung teilweise ihre Hauptfunktion, sie ersetzt alle anfallenden krankenhausbezogenen Kosten für den Patienten.“ Tatsächlich bestätigten alle in Issyk-Ata und Bischkek interviewten Personen den derzeitigen und möglicherweise zukünftigen Erfolg des Konzepts.

Die beiden von Schüths Gruppe durchgeführten Studien belegen ein positives Gesamtbild; die erste Studie zeigt, dass die Patienten außer der festen Gebühr fast keine weiteren Zahlungen leisten mussten. Dahingegen besagt die zweite Studie, dass ungefähr 40% der Patienten doch noch zusätzliche Zahlungen leisten mussten, von denen der Großteil (88%) für die Behandlung bestimmt war und ein sehr geringer Prozentsatz (5%) in Form von inoffiziellen Zahlungen an die Gesundheitsfachkräfte ging.

Laut Schüth sind diese Unterschiede allerdings kein Beweis dafür, dass das System der Kostenbeteiligung versagt hat, sondern zeigt nur, dass die Krankenhausfinanzierung noch mit zeitlichen Verzögerungen zu kämpfen hat.

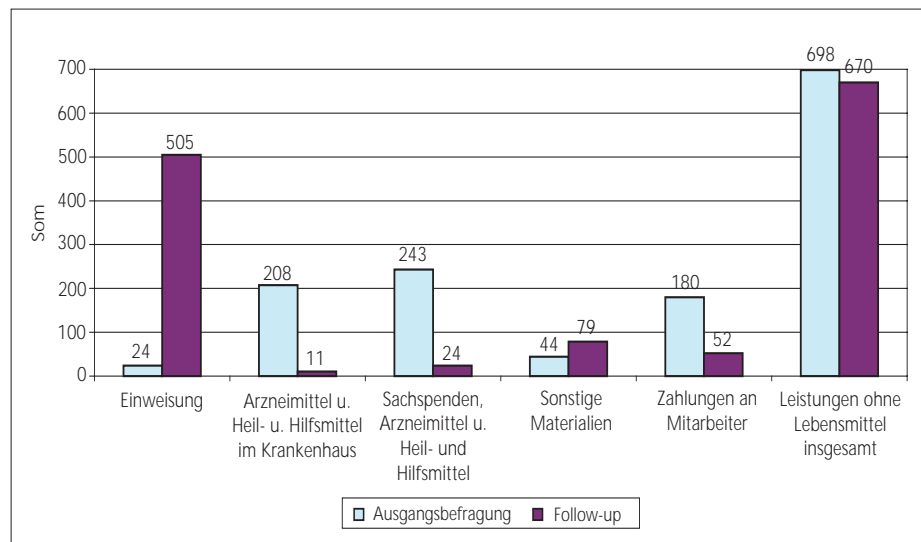
Die Krankenhäuser bekommen von der Pflichtversicherung nicht die gesamten ihnen zustehenden Geldmittel, weil die Pflichtversicherung selbst nur einen Bruchteil von dem bekommt, was sie aus dem Sozialfonds bekommen müsste. Zu Anfang hielten sich die Krankenhäuser strikt daran, von den Patienten keine zusätzlichen Zahlungen zu fordern, aber später hat sie die Realität eingeholt. So mussten sie ihre Patienten bitten, das, was das Krankenhaus nicht liefern konnte, selbst zu kaufen.

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

[Letztlich] bedeutet die Tatsache, dass 40% der Patienten Zahlungen über die Kostenbeteiligung hinaus leisten mussten, nicht, dass das System der Kostenbeteiligung auf Krankenhausebene nicht funktioniert; es bedeutet vielmehr, dass die Bedingungen auf der Makroebene fehlen, die es den Krankenhäusern ermöglichen, in der vorgesehenen Weise zu funktionieren.

Darüber hinaus wurden zwei Patientenerhebungen finanziert, die eine quantitative Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahme liefern sollten. In der Ausgangsuntersuchung wurden Patienten befragt, die im Februar 2001, also unmittelbar vor Einführung der Kostenbeteiligung, entlassen worden waren. In der zweiten Befragung ging es um Patienten, die im Juli 2001, also im fünften Monat nach Einführung der Kostenbeteiligung, entlassen worden waren. Die anhand dieser Studien gewonnenen Daten bestätigen die eher qualitativen Schlussfolgerungen der von Schüths Gruppe durchgeführten Studien. Die Daten belegen, dass der Gesamtanteil der von den Patienten geleisteten Zahlungen für Arzneimittel sowie Hilfs- und Heilmittel sowohl bei stationärer als auch ambulanter Behandlung drastisch gesenkt werden konnte. Besonders im Oblast Issyk-Kul war eine deutliche Verlagerung der von den Patienten geleisteten Zahlungen festzustellen: An die Stelle der inoffiziellen Zahlungen war weitgehend die offizielle Kostenbeteiligung bei der Krankenhausaufnahme getreten. (Abb. 1).

Abb. 1: Mittlere Ausgaben der insgesamt befragten Patienten in Krankenhäusern in Issyk-Kul, gewichtet nach Verteilung der tatsächlichen Inanspruchnahme



Quelle: WHO-Erhebungen unter entlassenen Krankenhauspatienten, durchgeführt im Februar und Juli 2001.

Anmerkungen: Zu der Ausgangserhebung wurden landesweit 2917 Patienten interviewt, einschließlich 381 Patienten aus Krankenhäusern in Issyk-Kul, die 11,5% der Februar-Fälle ausmachen. In der Follow-up-Befragung wurden landesweit 3731 Patienten interviewt, einschließlich 560 Patienten aus Krankenhäusern in Issyk-Kul (16,3% der Juli-Fälle).

Kostenbeteiligung in Kirgisistan

Die Daten legen außerdem nahe, dass besonders in Issyk-Kul das Ausmaß der inoffiziell an Gesundheitsfachkräfte geleisteten Zahlungen zurückgegangen ist. Häufig waren solche Zahlungen im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen. Bei den chirurgischen Patienten von Issyk-Kul nahmen die direkten Zahlungen an den Chirurgen jedoch ab. Hatten im Februar 2001 50% der Patienten Zahlungen geleistet, so waren es im Juli 2001 nur noch 9% (Abb. 2).

Übereinstimmend damit zeigen die Daten der Erhebung außerdem, dass versicherte und nicht-versicherte chirurgische Patienten nach Einführung der Kostenbeteiligung deutlich weniger zahlen mussten als unter dem alten System. Nicht versicherte internistische Patienten mussten allerdings durchschnittlich mehr als in der Vergangenheit zahlen. Für versicherte internistische Patienten blieben die Zahlungen im Großen und Ganzen unverändert. „Kurz gesagt“, legt Joe Kutzin dar, „führte die festgesetzte Kostenbeteiligung zu einer Annäherung der insgesamt von den versicherten chirurgischen und internistischen Patienten geleisteten Zahlungen, die sich jetzt eher durch ihren Versicherungsschutz als durch die Kosten ihrer Behandlung unterscheiden.“ (Abb. 3).

Einnahmen zweckmäßig einsetzen

„Offizielle Zahlungen haben den Vorteil, dass sie innerhalb des Krankenhauses verteilt werden können, wohingegen die früheren inoffiziellen Beiträge nicht der Kontrolle der Krankenhausleitung unterlagen“, erläutert Joe Kutzin.

Isakow legt dar, dass die Einkünfte aus den Zuzahlungen schätzungsweise

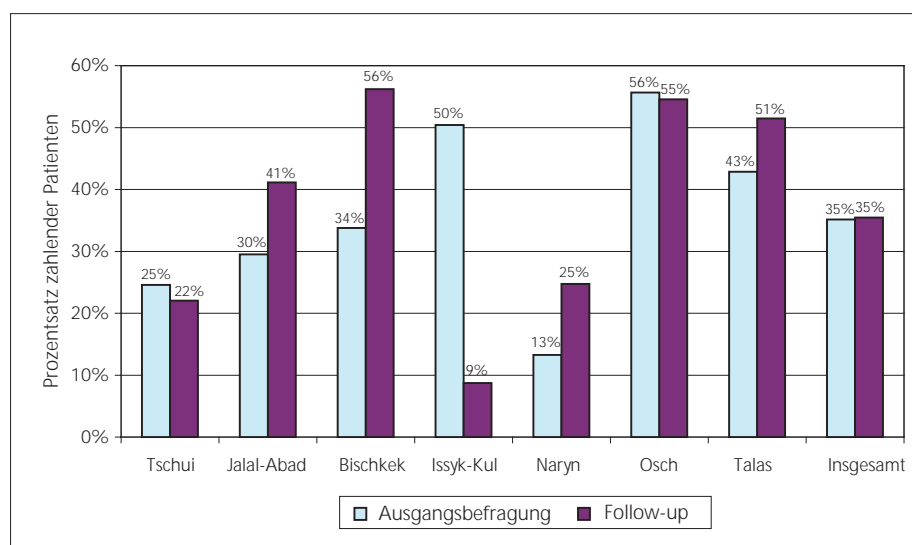


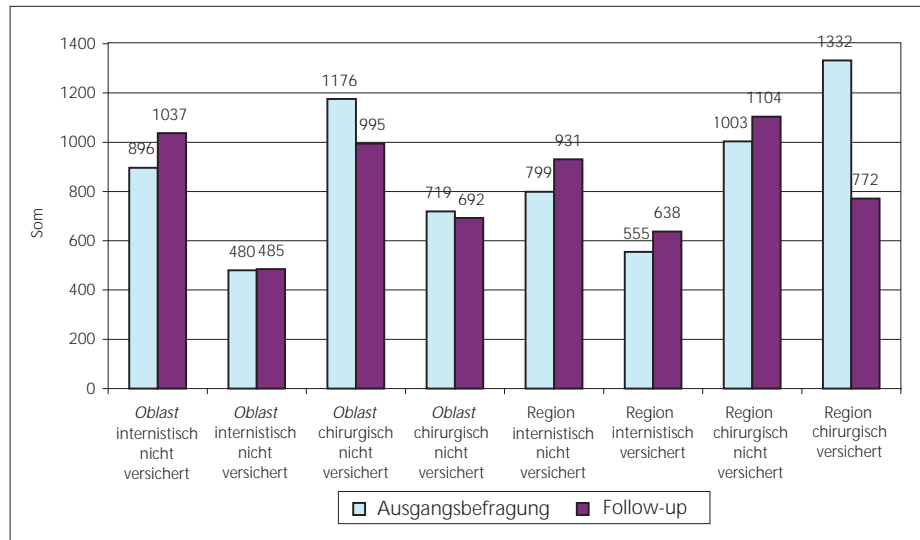
Abb. 2: Direkte Zahlungen an Chirurgen von Patienten in Issyk-Kul und anderen Oblast, die die Wirkung des Kostenbeteiligungssystems demonstrieren

Quelle: WHO-Erhebungen unter entlassenen Krankenhauspatienten, durchgeführt im Februar und Juli 2001.

Anmerkungen: S. Anm. zu Abb. 1.

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

Abb. 3: Gesamtausgaben für Güter (keine Lebensmittel) und Dienstleistungen von Patienten in chirurgischen und internistischen Abteilungen in Gebiets- und Bezirkskrankenhäusern von Issyk-Kul, die verdeutlichen, wie sich die Zahlungen nach der Einführung der Kostenbeteiligung angenähert haben



Quelle: WHO-Erhebungen unter entlassenen Krankenhauspatienten, durchgeführt im Februar und Juli 2001.

Anmerkungen: S. Anm. zu Abb. 1.

10–15% zu den Krankenhausbudgets der Region beitragen. „Doch dieses Geld“, so führt er aus, „ist sehr wichtig, da es „reales“ Geld ist, das direkt auf unser Bankkonto überwiesen wird. Das Geld aus dem Haushalt kommt nicht immer rechtzeitig, aber das Geld aus der Kostenbeteiligung ist immer da.“ Den Angaben des Arztes zufolge fließt der größte Teil der so eingenommenen Gelder direkt in die Behandlung der Patienten, rund 20% werden für die Gehälter der Mitarbeiter aufgewendet. Dies hat laut Isakow dazu geführt, dass sich die Ausgaben für die Behandlung der Patienten verdreifacht haben.

Die Einnahmen aus der Kostenbeteiligung haben bisher zu einer Aufstockung der täglichen Mittel für Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel geführt. Laut Informationen aus dem Gesundheitsministerium (2001) wurden sie im Oblast Tschui um das 1,9fache und im Oblast Issyk-Kul um das 2,7fache erhöht.

Die Maßnahme hat bewirkt, dass für das tägliche Essen in den Oblast Tschui und Issyk-Kul jetzt das 1,8fache bzw. 2,2fache ausgegeben werden kann. In beiden Oblast wurden die Einnahmen aus der Kostenbeteiligung auch für die Anhebung der Gehälter der Mitarbeiter verwandt, bei den Ärzten um das 2,8fache und bei Pflegekräften um das 2,5fache. Das durchschnittliche Monatsgehalt von Gesundheitsfachkräften liegt bei etwas unter 10 . Isakow bestätigt Folgendes: „Wir bekommen heute landesweit die höchsten Gehälter. Hier verdient eine Krankenschwester beispielsweise soviel wie ein Medizinprofessor an einer Universität.“ Ob sich die Maßnahme auch auf andere Krankenhäuser übertragen lässt, muss sich allerdings noch erweisen.

Das System der Kostenbeteiligung hat insgesamt für größere Transparenz gesorgt. Die meisten Patienten bekommen jetzt eine Quittung für die von ihnen geleisteten Zahlungen. Joe Kutzin erläutert dazu: „Vor Einführung der Kostenbeteiligung zahlten in Tschui ungefähr 13% der Patienten etwas für die Aufnahme ins Krankenhaus“, obwohl sie eigentlich nichts hätten bezahlen müssen. Laut Kutzin erhielten ungefähr 25% von ihnen eine Quittung über die entrichtete Gesamtsumme. Die Daten der Follow-up-Erhebung belegen, dass ungefähr 34% der Patienten angaben, für ihre Aufnahme bezahlt zu haben (wobei viele der Befragten von einer Kostenbeteiligung befreit waren), und ungefähr 66% von ihnen hatten eine Quittung erhalten. Kutzin legt dar, dass im Oblast Issyk-Kul im Februar 2001 22% der Patienten für ihre Aufnahme ins Krankenhaus etwas bezahlt hätten. Von diesen hätten nur rund 20% eine Quittung erhalten. Im Juli 2001 hatte sich nach Einführung der Kostenbeteiligung die Situation folgendermaßen geändert: 38% bezahlten für ihre Aufnahme ins Krankenhaus, 86% von ihnen erhielten eine Quittung.

Gesundheitsversorgung für die Armen

Anfangs hatten Experten befürchtet, dass das Kostenbeteiligungssystem die ärmsten Bevölkerungsgruppen des Landes abschrecken würde und sie sich in der Folge überhaupt nicht mehr behandeln lassen würden. Schüth legt jedoch dar, dass die Ergebnisse das Gegenteil beweisen: „Wir haben feststellen müssen, dass dies überraschenderweise wohl nicht der Fall ist. Die Meinungen der reichen und armen Patienten unterschieden sich nicht wesentlich. Rund 70% beider Gruppen – etwas mehr unter den wohlhabenderen Patienten – waren der Ansicht, dass die neue Maßnahme eine Verbesserung gebracht hat.“ Er führt dies vor allem darauf zurück, dass bei der Planung der Kostenbeteiligung eine Art „Hintertür“ offen gehalten wurde, die dem Schutz der Armen dient und ihnen den Zugang zur Gesundheitsversorgung sichert. Ärmere Patienten können sich von der Dorfverwaltung ein Schreiben ausstellen lassen, in dem ihre Zahlungsunfähigkeit bestätigt wird. „Das ist eine weitverbreitete Praxis“, erläutert Schüth, „und dies ist sicherlich auch der Grund dafür, dass die Kostenbeteiligung nicht mehr Kranke davon abgehalten hat, ins Krankenhaus zu gehen.“

Gesundheitsminister Meimanaliew stellt fest: „Wir haben die Zahlungen offiziell gemacht, was uns in die Lage versetzt, konkrete Maßnahmen einzuführen, deren Ziel es ist, den einkommensschwachen bzw. ansonsten bedürftigen Personen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern. Dies geschieht durch Zahlungsbefreiung und den „Krankenhausreservefonds“, in den Geld für die Bereitstellung kostenloser Arzneimittel eingezahlt wird.“ Das Gesundheitsministerium hat den Krankenhäusern in beiden Oblast die Anweisung erteilt, 10% der Einnahmen aus der Kostenbeteiligung in diesen Reservefonds einzuzahlen. Auf Anweisung des Ministeriums hat jedes Krankenhaus einen Sonderausschuss eingerichtet, der darüber entscheidet, wem die Mittel des

Patienten auf dem Gelände des Krankenhauses von Issyk-Ata



Reservefonds zugute kommen. Laut Meimanaliew haben in den ersten sieben Monaten des Jahres 2001 seit Einführung der Kostenbeteiligung 1700 ärmere Patienten durch die Bereitstellung kostenloser Arzneimittel vom Reservefonds profitiert.

Frau Kadyrowa von der gesetzlichen Krankenkasse erläutert, dass die Zahl derjenigen, die dank des Reservefonds ohne Zuzahlung behandelt werden konnten, nach weniger als einem Jahr auf 2500 Personen angestiegen ist. Sie fügt hinzu, dass der Fonds sehr eng mit dem Ministerium für Arbeit und soziale Sicherung zusammenarbeitet, um den Zugang zu Mitteln aus dem Reservefonds zu verbessern. Isakow gibt an, dass im Jahr 2001 in seinen Krankenhäusern 180 Personen mit Mitteln aus dem Reservefonds behandelt wurden und dass ein Großteil der Leistungsempfänger obdachlos war.

Die Gesundheitsversorgung von ihrem Schreckgespenst befreien

Die Kostenbeteiligung brachte auch größere Sicherheit hinsichtlich der Kosten bei einer stationären Behandlung und ermöglichte ärmeren Bürgern eine Behandlung, für die sie sich wegen der unvorhersehbaren, möglicherweise hohen Kosten sonst nicht hätten entscheiden können. Da die von den Patienten für die Krankenhausbehandlung zu leistenden Zahlungen weitgehend inoffiziell erfolgten, hatten die meisten Patienten keine Vorstellung davon, wie viel sie letztlich für ihre Behandlung würden bezahlen müssen. Patientenbefragungen zufolge waren nur etwa 23% der Krankenhauspatienten im Voraus über die Gesamtkosten informiert und nur 18% wussten, welche offiziellen Gebühren auf sie zukommen würden.

Daten, die die Ausgangssituation und die laufenden Resultate der Kostenbeteiligung darstellen, zeigen, dass sich die Patienten insgesamt deutlich sicherer fühlen als zuvor (Abb. 4).

„Diesmal wusste ich bereits vorher, welche Kosten auf mich zukommen würden und ich weiß, dass ich bezahle, was ich offiziell zahlen muss und nicht mehr“, erklärt der 30-jährige Isaew von seinem Krankbett im Hauptkrankenhaus von Issyk-Ata aus. Isaew, Gasanow und Madinow erklären einstimmig, dass sie von den Gemeinschaftspraxen ihrer Hausärzte über die Kostenbeteiligung informiert wurden und bei ihrer Einweisung ins Krankenhaus darauf eingestellt gewesen seien, den Beitrag zu bezahlen. Die Daten zeigen, dass die Patienten

Kostenbeteiligung in Kirgisistan

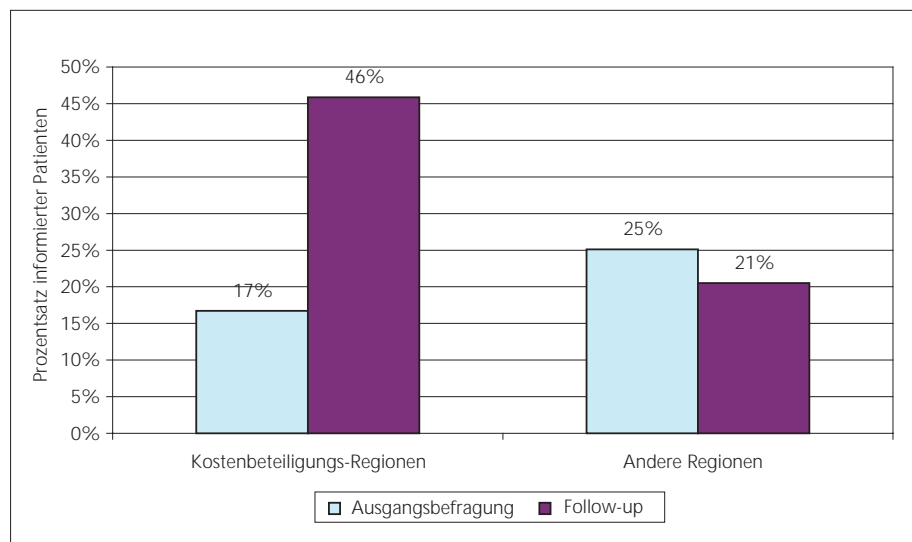


Abb. 4: Prozentsatz der Krankenhauspatienten, die nach eigenen Angaben über die Kosten für ihre Behandlung im Voraus informiert waren

Quelle: WHO-Erhebungen unter entlassenen Krankenhauspatienten, durchgeführt im Februar und Juli 2001.

Anmerkungen: Die Befragung umfasste 2917 Fälle, 7,4% der Fälle im Februar. In der Follow-up-Befragung wurden landesweit 3731 Patienten interviewt, 9,9% der Juli-Fälle.

in den Oblast Issyk-Kul und Tschui deutlich besser über ihre finanziellen Verpflichtungen Bescheid wussten, während sich in den übrigen Teilen des Landes die Situation in dieser Hinsicht kaum geändert hatte.

Eine Patientin der Poliklinik 6 von Bischkek berichtete, dass sie schon ungeduldig auf die Einführung der Kostenbeteiligung im Juli und die damit einhergehende Sicherheit bei einem Krankenhausaufenthalt warte. „Im Moment kann ich mich glücklich schätzen, dass ich nur eine ambulante Behandlung brauche. Ich habe Kinder und muss zu Hause sein. Aber wenn ich jemals eine stationäre Behandlung brauchen sollte, dann hätte ich Angst, weil ich nicht wüsste, welche Kosten auf mich zukommen und ob die notwendigen Arzneimittel da sein würden“, erklärte sie. Die Gesundheit und das Einkommen ihrer Familie könnten von der Entwicklung des Kostenbeteiligungskonzepts abhängen. Sie fuhr fort: „Meine Verwandten in Issyk-Kul haben mir von der Kostenbeteiligung erzählt. ... Ich hoffe, dass sie bald auch nach Bischkek kommt.“

Die Öffentlichkeit informieren

Damit die Bevölkerung von der Kostenbeteiligung und dem kostenlosen Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Mittel aus dem Reservefonds profitieren konnte, musste sie entsprechend informiert werden. Dabei musste für die Aufklärung der ärmeren Bevölkerungsschichten eine Alternative zu den Massenmedien gefunden werden. Die WHO-Erhebungen deuten darauf hin, dass die Patienten über das neue System am wirksamsten durch die örtlichen

Gruppenpraxen der Hausärzte sowie durch Mitarbeiter der Polikliniken und Krankenhäuser erfahren. Nur ein kleiner Prozentsatz der Patienten hatte eigenen Angaben zufolge aus Zeitungen davon erfahren und niemand gab Fernsehen oder Radio als Quelle an, so Joe Kutzin von der WHO.

Dr. Isakow meint, dass die Haltung der Bevölkerung stark davon abhängt, wie gut die Kostenbeteiligung erklärt worden sei. „Ihre unmittelbare Reaktion ist negativ, aber wenn man das Konzept genauer erläutert, ist sie überzeugt, dass es Vorteile bringt“, so Isakow. Die Leiterin des Verbandes der in Gruppenpraxen arbeitenden Hausärzte, Ainagul Isakowa, erzählt, dass ihr Verband mit Hilfe visueller Techniken, durch Diskussionsgruppen, Veranstaltungen in den Gemeinden und durch den Einsatz der Massenmedien das neue Konzept stärker in das Bewusstsein der Bevölkerung gerückt habe. Sie gibt aber auch zu, dass dies alles andere als leicht gewesen sei: „Anfangs waren wir nicht gut genug vorbereitet, um das Konzept der Kostenbeteiligung wirklich einleuchtend erklären zu können, und dementsprechend war die Reaktion auch nicht so positiv. Doch nach einer Weile begann die Bevölkerung zu verstehen, welche Vorteile diese Maßnahme bringen würde, und jetzt kann sie einen Krankenhausaufenthalt tatsächlich planen.“

Dr. Isakow berichtet, dass er zu Beginn ähnliche Erfahrungen gemacht habe und einige Patienten bei der Krankenseinweisung nichts von der neuen Maßnahme gewusst hätten. „Sie haben sich umgedreht und sind einfach weggegangen. Aber im Mai und Juni trat durch unsere Aufklärungskampagne eine Veränderung ein und allmählich kamen die Leute wieder zurück. Gegen Ende des Jahres gab es niemanden mehr, der nichts von der Maßnahme wusste bzw. ihr negativ gegenüber stand.“

Änderungen bei den Krankenseinweisungen

Im Jahr 2001 ging die Zahl der Krankenseinweisungen in den Oblast Tschui und Issyk-Kul um 6,9% zurück. Da die Krankenhäuser in der Vergangenheit tendenziell zu viele, nicht notwendige, stationäre Behandlungen durchgeführt hatten, wurde dies im Gesundheitsministerium weitgehend als positive Entwicklung gewertet. Gleichzeitig wurde jedoch die Besorgnis laut, dass einige Leute die benötigte Behandlung nicht in Anspruch nehmen würden, da sie sich die Kostenbeteiligung nicht leisten könnten. Joe Kutzin meint, dass weder für die eine noch die andere Schlussfolgerung ausreichend Beweise vorlägen. Er fährt fort: „Es wird sehr schwer sein, die Auswirkungen der Kostenbeteiligung zu beurteilen angesichts der Vielzahl der die Krankenseinweisung beeinflussenden Veränderungen, die zur Zeit stattfinden.“

Laut Ninel Kadyrowa, der stellvertretenden Leiterin des Pflichtversicherungsfonds, ging die Zahl der Krankenhauseinweisungen innerhalb der ersten drei Monate zurück und stieg danach wieder an. Sie sagt, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen wahrscheinlich hauptsächlich im Bereich „geplante Krankenhausaufnahmen“ zurückgegangen sei, die ebenso ambulant durchgeführt werden könnten. „Um sicherzugehen, dass die Patienten auch ambulant ausreichend versorgt werden“, erklärt sie, „hat die Pflichtversicherung ein zusätzliches Arzneimittelprogramm eingeführt, durch das den Versicherten die in der Primärversorgung verordneten Arzneimittel rückvergütet werden.“ Ein Besuch der quirligen Poliklinik 6, in der alle notwendigen Arzneimittel für die ambulante Behandlung gestellt und kleinere Eingriffe vorgenommen werden, konnte dies bestätigen.

Isakow erläutert, dass die Kostenbeteiligung sowie das zusätzliche Arzneimittelprogramm in den Krankenhäusern von Issyk-Ata ganz entschieden dazu beigetragen haben, unnötige Krankenhauseinweisungen und die damit verbundenen Kosten zu reduzieren. Er fügt hinzu: „Es gab viele Krankheiten, die in der Primärversorgung hätten behandelt werden können, wie beispielsweise Bluthochdruck oder leichtere Fälle von Blutarmut, ein in der Gegend weitverbreitetes Problem. Stattdessen wurden sie stationär behandelt, was mit weitaus höheren Kosten verbunden war.“

Gewonnene Erkenntnisse

Die Einführungsphase der Maßnahme hat gezeigt, dass man die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durchaus transparenter machen und durch bestimmte Maßnahmen den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die ärmsten Bevölkerungsschichten verbessern kann. Die effektive Bewältigung der Problematik erfordert jedoch ein umfassendes Konzept, das über die simple Einführung von Gebühren hinausgeht. Dieses Konzept muss mit Konzepten zur Finanzierung von Krankenhäusern und zur verbesserten Handhabung von Arznei- und Hilfsmitteln verknüpft werden. Gleichzeitig müssen Krankenhausmitarbeiter und Bevölkerung informiert und aufgeklärt werden.

Nach den Worten von Dr. Isakow hat die Kombination aus Bettenabbau, tiefgreifender Umstrukturierung auf Managementebene und Kostenbeteiligung in seinen Krankenhäusern eine erfolgreiche Reform erleichtert. Zugleich musste jedoch auf allen Ebenen dafür gesorgt werden, die Bevölkerung auf dem Laufenden zu halten.

Obwohl das Gesundheitsministerium mit den vorläufigen Ergebnissen der Kostenbeteiligung zufrieden ist, erkennt es auch, dass Verbesserungen immer möglich sind. Dies bestätigen die unterschiedlichen Erfolgsmeldungen der beiden an der ersten Phase beteiligten Oblast.

Meimanaliew erläutert, wie wichtig es ist, die Kommunalbehörden vom Reformbedarf zu überzeugen:

Es ist äußerst wichtig, dass wir diese Reform den Kommunalbehörden schmackhaft machen. Der Erfolg unserer ... Reformen hängt von den Beiträgen ab, die die kommunalen Verwaltungen in den Fonds für die Gesundheitsversorgung einzahlen, die von den Geschäftsstellen der Pflichtversicherung auf der Ebene des Oblast verwaltet wird. Das Hauptproblem, dem wir uns im ersten Jahr nach der Einführung gegenüber sahen, war, dass einige Behörden weitaus weniger eingezahlt haben als geplant. Wir konnten sie jedoch dazu bringen, ihre Beiträge zu erhöhen und die Probleme wurden gelöst.

Das Ministerium hat die Kommunalbehörden und die Zentralregierung in die konkrete Umsetzung seiner Informationskampagnen einbezogen, sodass das Konzept der Kostenbeteiligung weiterhin auf allen Ebenen im Bewusstsein bleibt und die entsprechende Unterstützung erfährt. Außerdem führt es intensive Verhandlungen mit den örtlichen Behörden über die Aufrechterhaltung des Finanzierungsniveaus.

Doch gerade das Makromanagement bereitet Schüth vom Roten Kreuz Sorgen. Er sagt: „Ich habe gehört, dass ... die Verwaltungen der Oblast die für die Krankenhäuser bestimmten Mittel zurückhalten, weil diese jetzt Geld von den Patienten bekommen. Das könnte natürlich den ganzen Erfolg der Idee gefährden.“ Das für die Armen vorgesehene Finanzierungsniveau würde deutlich absinken. Ein Teil der Gesamteinnahmen muss jedoch bereitstehen, um ihnen eine kostenlose Versorgung zu sichern. Es hatte zwar – besonders im Oblast Tschui – den Versuch gegeben, diese Mittel zu reduzieren, doch letztlich konnte sich das Gesundheitsministerium durchsetzen. „Dieses Problem“, erläutert Joe Kutzin, „stellt für das kirgisische Modell jedoch weiterhin eine Gefahr dar und darf keinesfalls vernachlässigt werden.“

Vor den Reformen flossen rund 25% der kommunalen Ausgaben in den Gesundheitssektor; das Gesundheitswesen stellte damit eine der wichtigsten finanziellen Verpflichtungen dar und war zugleich ein wichtiger hierarchischer Machtfaktor. Mit der Reform, die nur einen Finanzierungsträger vorsieht und die Kostenbeteiligung beinhaltet, werden die Kommunalbehörden gebeten, diese 25% weiterhin zu zahlen, zugleich aber Macht abzugeben. Das macht die Reform so schwierig.

Schüth ist der Meinung, dass das fortgesetzte Vertrauen der Öffentlichkeit weitgehend über den künftigen Erfolg der Kostenbeteiligung entscheidet:

Kostenbeteiligung in Kirgisistan

Die Kostenbeteiligung sichert dem Patienten zu: Du bezahlst diese Summe, aber nicht mehr. Die Menschen könnten ihr Vertrauen in das System verlieren oder es gar nicht erst aufbauen, wenn sie erkennen, dass dieses Versprechen nicht eingehalten wird. Das größte Problem ist meiner Meinung nach nicht, wie man den Leuten das Konzept richtig nahe bringt oder es auf Krankensebene umsetzt. Die Herausforderung besteht darin, es auf der Makroebene wie geplant durchzusetzen.

Der große Erfolg der Krankenhäuser von Issyk-Ata zeigt, wie sehr das Gelingen der Reformen von der Bereitschaft des einzelnen Krankenhauses abhängt, dieses System zu übernehmen.

Insgesamt gesehen gilt die erste Phase der Kostenbeteiligung als Erfolg. Die Herausforderung besteht darin, die Reform erfolgreich auf die nationale Ebene auszuweiten. Dank der Bemühungen des Gesundheitsministeriums würde Kirgisistan damit den Reformprozess weiter vorantreiben. Schüth fügt hinzu: „Der Minister selbst ist Primus Motor der Reformen. Vor seiner Ernennung zum Minister war er Leiter der Abteilung für Gesundheitsreformen. Das gesamte Gesundheitsministerium steht hinter den Reformen im Gesundheitssektor. Es gibt viele innovative Denkansätze und man ist gegenüber neuen Ideen aufgeschlossen.“

Der Erfolg der nächsten Phasen hängt von den hier erwähnten Faktoren und vielen anderen Variablen ab, deren Entwicklung das Team des Gesundheitsministeriums genauestens verfolgt.

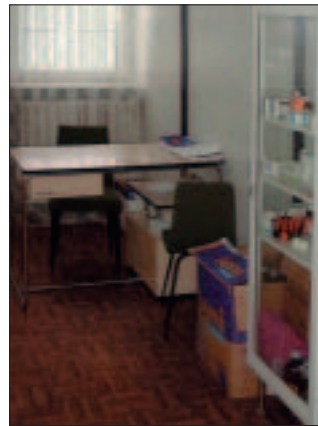
Fallstudie 7

Medizinische Grundversorgung in Obdachlosenheimen von Łódź, Polen

Steve Turner

In der polnischen Stadt Łódź gibt es vier Obdachlosenheime mit 264 Plätzen sowie zwei Unterkünfte für jeweils eine Nacht mit 138 Plätzen. Davon stehen für Frauen 122 Plätze (in zwei Heimen und einer Unterkunft für eine Nacht) und für Männer 280 Plätze (in zwei Heimen und einer Unterkunft für eine Nacht) zur Verfügung. Gegenwärtig decken diese Einrichtungen den Bedarf der Obdachlosen in Łódź ab.²⁰

Ärzte und Krankenschwestern suchen die Obdachlosen drei Mal die Woche im Rahmen der „Palma-Initiative“ auf, die allen Bewohnern der Obdachlosenheime eine medizinische Grundversorgung bietet, unabhängig davon ob sie im polnischen Gesundheitssystem darauf Anspruch haben oder nicht. Für ärztliche Untersuchungen und gebietsärztliche Behandlungen werden die Obdachlosen von diesen Ärzten an die Palma-Ambulanzklinik überwiesen.



Sprechzimmer im St. Albert-Heim

Die Palma-Initiative bot 2001 die folgenden kostenlosen Leistungen an:²¹

- 5200 Untersuchungen durch einen Arzt für Allgemeinmedizin
- 720 Untersuchungen durch einen Gebietsarzt
- 380 zahnärztliche Untersuchungen
- 100 Prüfungen der Sehleistung
- 1205 diagnostische Untersuchungen.

²⁰ Die Angaben stammen von der Bruder St. Albert Gesellschaft für Sozialhilfe.

²¹ Der offizielle Name von Palma lautet Abteilung Management der Gesundheitsversorgung der Hochschulen.

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

Die Zahl der kostenlosen stationären Behandlungen von Patienten belief sich auf insgesamt 18 im Jahr 2000, 12 im Jahr 2001 und 8 in den ersten drei Monaten von 2002.

Von den Obdachlosenheimen in Łódź wurden zwei Männerheime für die Startphase dieses Projekts ausgewählt. Man hofft, die Behandlungen auch bald in den Heimen für Frauen anbieten zu können; da aber dort viele Schwangere und junge Mütter wohnen (die ein Anrecht auf ärztliche Grundversorgung haben), wollte man die Initiative lieber in den Heimen beginnen, in denen zahlreiche Bewohner von der primären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind.

Das derzeitige Gesundheitssystem wird über die 16 Woiwodschaften (Provinzverwaltungen) verwaltet. Sie verteilen die verfügbaren Gelder an die Krankenhäuser und Kliniken je nach Zahl der registrierten Patienten im Krankenhaus und nicht nach der Zahl der tatsächlich erforderlichen Behandlungen. Hat ein Krankenhaus also nur eine geringe Zahl von registrierten Patienten, die jedoch eine aufwändige medizinische Versorgung benötigen, bekäme dieses Krankenhaus weniger Mittel pro Fall als ein Krankenhaus mit mehr registrierten Patienten, deren Bedarf an ärztlicher Versorgung geringer ist. Die jährlichen Ausgaben für die primäre Gesundheitsversorgung belaufen sich in Polen derzeit auf 100 Złoty (25 US-\$) pro Person.²²

Die Kosten der Palma-Initiative, die direkt denen zugute kommt, die keinen offiziellen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge haben, und indirekt auch der Gesamtbevölkerung nützt, werden vom Budget des Palma-Krankenhauses bestritten, das sich nach der Zahl der registrierten Patienten richtet.

Der Autor dieses Beitrags (S.T.) besuchte Łódź Mitte Februar 2002, um die Projektmitarbeiter kennen zu lernen.

Kommunale Gesundheitsabteilung

Maria Lewicka ist die Leiterin der Kommunalen Gesundheitsabteilung. Die Abteilung kümmert sich um die verschiedenen Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen der Region und bietet ein umfassendes Gesundheitsprogramm an. Die Stadt beteiligt sich aktiv an dem WHO-Projekt „Gesunde Städte“ und an verschiedenen anderen Initiativen. „Die Initiative von St. Albert wurde von Dr. Kowalski angeregt“, berichtet Maria Lewicka. „Sie ist in Polen einzigartig. Es gibt zwar andere städtische Programme, die bieten aber keine so regelmäßige Versorgung an wie diese Initiative.“ Sie und andere in der Abteilung sind stolz auf das Projekt, machen sich aber Sorgen um die Finanzierung, die

²² Quelle: Kommunale Gesundheitsabteilung Łódź.

Medizinische Grundversorgung in Obdachlosenheimen von Łódź, Polen

bislang durch ihr ohnehin knappes Gesundheitsbudget gewährleistet wird. Sie bestätigt, dass die meisten Obdachlosen in den Heimen keinen Anspruch auf primäre Gesundheitsversorgung haben: „Im Allgemeinen ist es so, dass man als nicht Berufstätiger oder als Arbeitsloser keinen Anspruch auf ärztliche Versorgung hat, außer in Notfällen.“

Dr. Michał Kowalski leitet die Abteilung Gesundheitsmanagement für Hochschulen – die in Łódź unter dem Namen „Palma“ läuft. Seine Begeisterung für dieses Projekt spiegelt sein allgemeines Interesse an Sozialinitiativen wider, von denen er zahlreiche initiiert hat, seit er Leiter von Palma ist. Er kommentiert: „Es ist doch sinnvoll, den Menschen zu helfen, wenn sie Hilfe brauchen. Das ist unsere Aufgabe. Ich arbeite nicht nur für die Obdachlosen in diesem Heim, sondern allgemein für arme Leute, für Behinderte, Kinder und Familien. Das Problem ist in Mittel- und Osteuropa akuter als im Westen.“ Die gesundheitliche Versorgung von Obdachlosen wurde unter seiner Aufsicht in die Wege geleitet – sein Krankenhaus bietet bei Bedarf ärztliche Leistungen an, stellt die die Heime aufsuchenden Ärzte, sorgt für stationäre Behandlungen und sonstige gebietsärztliche Leistungen.



Dr. Michał Kowalski, Leiter von Palma

Um dieses und andere soziale Projekte finanziell unterstützen zu können, wurde die Marketingabteilung des Krankenhauses mit der Aufgabe betraut, zusätzliche Gelder über Sponsoren, durch Verkauf von Warenartikeln und durch Fundraising-Maßnahmen einzuwerben. Auch das ist innovativ für ein Krankenhaus, dass man so Geld und Sachspenden von Sponsoren beschafft.

Den am Projekt beteiligten Mitarbeitern ist daran gelegen, dass in den Obdachlosenheimen ein guter Gesundheitszustand herrscht und erhalten bleibt. Sie meinen, dass sich die meisten gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung und die der Heimbewohner gleichen, wobei letztere aufgrund ihrer Obdachlosigkeit zusätzliche gesundheitliche Probleme haben. Polens geographische und politische Lage als Tor nach Westeuropa, so Dr. Kowalski, bewirkt eine „Internationalisierung“ der Krankheiten, mit denen sein Krankenhaus zu tun hat. „Łódź ist der geographische Mittelpunkt und das Handelszentrum. Es zieht Obdachlose aus der ehemaligen Sowjetunion und selbst aus dem fernen China an, wo die Menschen Polen als Tor zum Westen betrachten. Diese Migration führt zu großen epidemiologischen Problemen. Die hier festgenommenen [illegalen Einwanderer] bringen die unterschiedlichsten Krankheiten mit – davon waren in Mitteleuropa manche schon fast vergessen.“ Man meint, dass sich die Obdachlosen als erste einige dieser ungewöhnlichen Krankheiten zuziehen, die

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

von illegalen Einwanderern eingeschleppt werden. „Einige [Bewohner] der Obdachlosenheime haben Kontakt zu diesen Einwanderergruppen durch ihr zweites Zuhause – das Gefängnis.“

Polen hat 1999 1280 Asylbewerber aufgenommen und 2864 Asylanträge bearbeitet.²³ Die polnische Regierung meint, dass die hohe Zahl der aufgegebenen Anträge in den letzten Jahren beweist, dass die meisten Asylbewerber die Anträge nur als Zwischenlösung gestellt haben, während sie versuchten, weiter nach Westen zu kommen. Dr. Kowalski sagt:

Wir müssen diese im Transit befindlichen Einwanderer behandeln ... und manche von ihnen bleiben in den Obdachlosenheimen. Ihre Bedürfnisse entsprechen etwa denen der langfristig hier lebenden Flüchtlinge. Dass sie nur „auf der Durchreise“ sind, heißt nicht, dass sie keine ärztliche Versorgung benötigen.“

Nach Polen kommen auch viele Studenten aus der ehemaligen Sowjetunion. Łódź beherbergt das Staatliche Spracheninstitut für ganz Polen. Daher kommen auch Studenten aus Asien, Afrika, den USA und der Russischen Föderation zu uns. Unsere allgemeine Gesundheitssituation ist potenziell breit gefährdet, und unsere Obdachlosenheime dürfen nicht zu Brutstätten von Krankheiten werden.

Dr. Kowalski bestätigt, dass alle diese Randgruppen Gesundheitsdienste brauchen, und arbeitet daran, für alle eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die Obdachlosen haben nicht nur physische Gesundheitsprobleme, sondern kämpfen auch mit psychologischen Problemen und zerrütteten Familienverhältnissen und dem Zerfall ihres sozialen Umfelds. Dr. Kowalski meint:

Wir wollen diesen Menschen helfen. Wir gehen von einer schnellen medizinischen Hilfe aus, streben aber auch Präventivmaßnahmen und Gesundheitserziehung an. Viele der [Heimbewohner] werden durch eine Röntgenuntersuchung auf Tuberkulose getestet und über die Ergebnisse aufgeklärt und informiert. Bei den 200 Untersuchungen wurden zwei Fälle von Tuberkulose entdeckt und diese wurden behandelt. Wir meinen, dass dies ein konkretes Beispiel für den Erfolg dieses Projektes ist.

Für die Zukunft erhofft sich Dr. Kowalski mehr internationale Hilfe und sagt:

Die Zentralregierung und nicht die Stadtverwaltung sollte verantwortlich sein. Das kostet die Stadt zuviel Geld. Es gibt viele mit der Immigration zusammenhängende Veränderungen. Polen liegt geographisch in der Mitte der Region und Veränderungen

²³ U.S. Committee for Refugees. *Worldwide refugee information. Country report: Poland*. Washington D.C., U.S. Committee for Refugees, 2002 (<http://www.refugees.org/world/countryrpt/europe/2000/poland.htm>) (eingesehen im März 2002).

Medizinische Grundversorgung in Obdachlosenheimen von Łódź, Polen

bedeuten mehr Bewegung, insbesondere unter den Armen, die umherreisen und nach besseren Bedingungen suchen. Łódź zieht immer mehr Leute an, die nach Westeuropa wollen, da die Transport- und anderen Verkehrssysteme Łódź zum Knotenpunkt machen. Und es sind die Ärmeren, die Obdachlosen, die illegal einreisen oder ohne Anspruch auf ärztliche Versorgung ankommen. Armut und Gesundheitsprobleme sind wirklich ein international wichtiges Thema.

Die ideale, von ihm angestrebte Lösung wäre, dass man die Gesundheitseinrichtungen, die sich um Obdachlose kümmern, in das staatliche System einbindet.

Ein weiteres von Dr. Kowalski angeregtes Projekt für die Armen von Łódź ist die tägliche Ausgabe von kostenlosem Brot an alle, die es nicht kaufen können. Eine Bäckerei vor Ort liefert täglich kostenlos bis zu 300 Brote und das Krankenhaus verteilt sie an einer den Armen bekannten Stelle am Hintereingang des Krankenhauses. Nach dem Besuch des Krankenhauses konnte sich der Autor die Brotausgabe anschauen. Etwa hundert Leute unterschiedlichsten Alters versammelten sich vor dem Eingang. Es wurde ein wenig gedrängelt, aber die Leute wussten aus Erfahrung, dass der große Vorrat ausreichen würde, um jedem von ihnen die tägliche Ration Brot zu sichern.

St. Albert-Heime

„Gut sein, wie Brot“ lautet die Inschrift über dem Bild des Schutzpatrons im St. Albert-Heim. Es wurde von einem der Bewohner an eine Wand des Gemeinschaftsraums gemalt. Dieses Heim ist eines von zwei Häusern, die von der St. Albert Gesellschaft für soziale Unterstützung betrieben werden. Es liegt etwa dreißig Autominuten vom Łódźer Stadtzentrum entfernt, abseits der Hauptstraße. Der Weg führt über eine mit Schlaglöchern übersäte Straße zu einer anderen Straße, bis man auf eine verlassene Einfahrt mit rostigen Eisentüren stößt. Mitten auf einem schneebedeckten Feld steht das Obdachlosenheim.



Das von einem Heimbewohner gemalte Bild St. Alberts, des Schutzpatrons der Obdachlosenheime

Der Besuch in einem Obdachlosenheim an einem solchen Tag, wenn der Schnee fast waagrecht über das offene Feld fegt, verdeutlicht die grundlegenden Widrigkeiten der Obdachlosigkeit. Tritt man aber über die

Obdachlosenheim St. Albert



Türschwelle und steht unter dem Schild des Patrons über dem Haupteingang, spürt man augenblicklich die Wärme und erlebt, dass hier eines der vermutlich schwerwiegendsten Probleme der Obdachlosigkeit in den Wintermonaten erfolgreich gelöst wurde. Neben der

Wärme schlägt einem aber auch die muffige Luft eines beheizten Hauses entgegen, in dem durchnässte, beschäftigungslose Menschen sitzen, die den Tag mit Warten verbringen. Normalerweise müssen alle Bewohner das Haus tagsüber

verlassen und werden erst nach 16 Uhr wieder eingelassen. Wegen des schlechten Wetters wurden diese Vorschriften allerdings etwas gelockert.

Eingang des St. Albert-Heims



Jerzy Czapla leitet die beiden St. Albert-Heime. Dr. Paschinska kommt im Rahmen der Palma-Initiative regelmäßig in beide Häuser.

Die Heime sollen eher als Durchgangs- denn als Dauerwohnheime dienen, wobei man den sich dort kurzzeitig aufhaltenden Bewohnern hilft, Arbeit und langfristig ein neues Zuhause zu finden. Selbstverständlich sind die Häuser jedoch auch Wohnheime auf Zeit. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt weniger als ein Jahr, wobei von den meisten Bewohnern erwartet wird, dass sie nach etwa sechs Monaten gehen. Im Jahr 2001 konnten fünfzig Männer wieder in die Gesellschaft eingliedert werden, nachdem sie eine Rehabilitationshilfe vom Heim erhalten hatten und nun entweder eine Wohnung gemietet haben oder wieder mit ihrer Familie zusammenleben.

Etwa die Hälfte der Heimbewohner ist arbeitslos oder ohne offiziellen Status: Gerade sie profitiert am meisten von der Palma-Initiative. Während des

Medizinische Grundversorgung in Obdachlosenheimen von Łódź, Polen

Besuches des Autors wohnten dort 35 arbeitslose Obdachlose, von denen alle nur dank des Palma-Projekts ärztlich versorgt wurden.

Dr. Paschinska betreut dieses und das zweite größere Heim, in dem die Hauptverwaltung liegt und das Essen zubereitet wird. Die Ärztin wird pro Sprechstunde von 20–30 Patienten aufgesucht, die sie manchmal selbst behandelt oder an Fachärzte bzw. zwecks stationärer Behandlung in Krankenhäuser überweist.

Wenn die Obdachlosen in die Heime kommen, sind ihre aufgrund ihrer Obdachlosigkeit typischen Beschwerden vorhersehbar: Geschwüre, insbesondere an den Beinen, Herzkrankheiten, Flechten, Erfrierungen und Unterkühlung, Vitaminmangel, Dermatitis, Bluthochdruck, Krätze und Läuse. Es gibt jedoch auch Fälle von Tuberkulose und sonstigen Infektionskrankheiten.

Das Heim ist „trocken“, d. h. es ist kein Alkohol erlaubt; Alkoholismus ist jedoch ein Problem, mit dem Dr. Paschinska zu tun hat. Es ist schwierig, Ursache und Wirkung auseinander zu halten, wenn es um Obdachlosigkeit und Alkoholismus geht. Dr. Paschinska kommentiert die Lage wie folgt:

Eine Entziehungskur erfolgt nur auf freiwilliger Basis, wenn sich die Patienten bereit erklären, eine Ambulanzklinik aufzusuchen. Manchmal ist Alkohol die Ursache, manchmal die Folgewirkung, aber fast immer ist eine Therapie notwendig. Wenn jemand Alkoholiker ist, kann ich ihn in eine Klinik zum Entzug schicken. Ein Problem ist nur: Scheint sich ein Patient zu erholen und findet eine Arbeitsstelle, dann gibt er das verdiente Geld oft wieder für Alkohol aus.

Alkoholmissbrauch ist also ein Problem. Illegale Drogen oder sonstige Suchtmittel sind unter den Heimbewohnern dagegen eher selten, weil ihre Beschaffung für viele Obdachlose schon aus finanziellen Gründen nicht möglich ist.



Bewohner des St. Albert-Heims



Dr. Paschinska und Jerzy Czapla

*Gemeinschaftsraum
im St. Albert-Heim*



Den Heimbewohnern stehen verschiedene Ärzte zur Verfügung. Ein neueres Angebot ist die psychiatrische Sprechstunde. Eine fachärztliche Behandlung wird auch von Zahn- und Augenärzten angeboten, die das Heim aufsuchen. Das Sprechzimmer im Heim ist mit einem Zahnarztstuhl und entsprechenden Instrumenten ausgestattet und kann auch als Augenarztpraxis genutzt werden.

Finanzierung

Hat ein Patient im Rahmen des bestehenden Gesundheitssystems Anspruch auf ärztliche Versorgung, wird dem Palma-Krankenhaus bei Anmeldung des Patienten ein Teil seiner Kosten vergütet; wenn dies nicht der Fall ist, trägt Palma die Kosten aus seinem eigenen Gesamtetat. Wird nach einer augenärztlichen Untersuchung eine Brille verschrieben, trägt das Heim die Kosten.

Die Mittel des Heims stammen primär aus folgenden Quellen:

- Die Stadt Łódź zahlt 60% – für das Gebäude und eine Mahlzeit pro Tag,
- Bewohner, die tagsüber arbeiten, zahlen einen Beitrag an das Heim und
- weitere Erlöse aus Marketingaktivitäten wie Gemäldeausstellungen, Veranstaltungen und Verkauf von Arbeiten tragen ebenfalls zur Deckung der allgemeinen Betriebskosten bei.

*Patient, Dr. Paschinska und
Krankenpfleger im Sprechzimmer*



Dr. Paschinska kommt seit zwei Jahren in das Heim. Als man sie damals fragte, ob sie als Ärztin für das Heim arbeiten wolle, war sie sich nicht ganz sicher, weil sie Angst vor den Obdachlosen hatte, denen sie in der Stadt begegnet war. „... aber Dr. Kowalski bat mich, diese Aufgabe zu übernehmen, also sagte ich zu. Nun bin ich an sie gewöhnt und wir verstehen uns. Wenn ich in der Stadt Patienten begegne, grüßen wir uns und reden.“ Mit einigen versteht sie sich besser als mit anderen; manche sind ihre

„Freunde“ geworden. Der Heimleiter fügt hinzu: „Sie könnten ohne Dr. Paschinska gar nicht leben.“

Ihre Gesamteinschätzung des Projekts ist positiv: „Einige Leute wären krank geblieben – oder schwerer erkrankt – und wären letztlich zum Notfall geworden und als stationäre Patienten ins Krankenhaus gekommen. Das Krankenhaus kommt zwar für die Kosten des Projekts auf, spart aber dadurch Folgekosten ein.“ Im Rahmen dieses Gesamtsystems, in dem sich Präventivmaßnahmen auszahlen, profitiert das Krankenhaus selbst von seiner eigenen Initiative.

Doch wie Dr. Kowalski, so sieht auch Dr. Paschinska noch viele Verbesserungsmöglichkeiten. Erstens müsste man dafür sorgen, dass eine solche gesonderte Initiative gar nicht mehr nötig ist, indem alle im Rahmen des offiziellen Gesundheitssystems versorgt werden. Damit wären die zusätzlichen Behandlungskosten offizielle Kosten, die von der öffentlichen Hand übernommen würden. Was noch wichtiger ist: Die bislang auf Łódź beschränkte Initiative könnte auf alle Bedürftigen ausgedehnt werden. Hinsichtlich der Verwaltung dieses Projekts könnte man noch andere Vorteile erzielen. Beispielsweise könnte man Chirurgen heranziehen, mehr medizinische Hilfsmittel (wie Verbände, Prüfgeräte und Spritzen) und mehr Ressourcen für Medikamente beschaffen und das Ärzteteam häufiger kommen lassen.

Dr. Paschinska meint, dass es gut wäre, wenn das Gesundheitsprogramm zentral verwaltet werden würde. „Die Initiative wird auch weiterhin gebraucht, während die Patienten vom Gesundheitssystem ausgeschlossen sind, weil das Gesetz alle ausschließt, die nicht gemeldet sind. Das Projekt ist gut, aber es wird Geld zu seiner Aufrechterhaltung, Unterstützung und Erweiterung benötigt – in den anderen Heimen [Unterkünften für Frauen] besteht weiterer Bedarf.“

Gesundheitsversorgung gehört untrennbar zum gesamten Gesundungsprozess. „Mit einer angemessenen ärztlichen Versorgung fühlen sich die [Heimbewohner] geachteter und nützlicher und wollen sich wieder in die Gesellschaft eingliedern. Sie kehren oft in die „normale Welt“ zurück, wenn sie Arbeit haben, obwohl dies eine kritische Zeit sein kann, insbesondere, wenn sie ein Alkoholproblem hatten.“

Aber Gesundheitsversorgung ist nur ein Teil der Obdachlosenproblematik. Paschinska sagt: „Wäre es nur die Gesundheitsversorgung, die sie brauchten, könnten einige die Heime recht schnell verlassen, aber wenngleich manche gesund werden, fehlen ihnen noch immer andere Ressourcen, die ihnen die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen. Wir haben eine psychiatrische Sprechstunde eingerichtet, um einige dieser Probleme zu lösen, aber sie

Gesundheitssysteme stellen sich der Armut

besteht noch nicht lange. Eine weitere Hilfe wäre es, wenn man Arbeitsplätze schaffen könnte. Es gibt noch einiges zu tun.“

Jerzy Czapla, der Leiter des St. Albert-Heims, weiß durchaus, was die Palma-Initiative zur Rehabilitation der Obdachlosen beiträgt. Er berichtet:

Viele [der jetzigen Heimbewohner] kommen hier sehr krank an. Das ist so, wenn man ohne Obdach ist. Es gibt hier normalerweise einen Zusammenhang: Entweder sind sie krank, weil sie obdachlos sind, oder, weil sie krank sind, haben sie keine Arbeit, kein Geld und sind daher ohne Obdach. In der Vergangenheit hätten die Nicht-Versicherten nur Anspruch auf Notfallhilfe gehabt, was in der Praxis hieß: Warten, bis wir den Notarzt rufen.

Für Czapla hat das Heim vor allem die Aufgabe, die Menschen in die Gesellschaft zurückzuführen und dazu gehört auf jeden Fall gute Gesundheit. „Eine Gesundung ist nicht nur von Vorteil, sondern kann auch die Voraussetzung dafür sein, dass das Vorhaben gelingt. Dank Palma können wir allen helfen, die krank werden. Wir hatten hier viele Leute, die in der Lage waren auszuziehen und Arbeit zu finden, nachdem Dr. Paschinska sie behandelt hatte; anderenfalls wäre ihr Zustand einfach nur schlechter geworden.“

Von Krankheit zu Erwerbstätigkeit

Sławomir kam in das Heim, nachdem er zwölf Monate auf der Straße gelebt hatte. Sławomirs Erfahrungen decken sich mit vielen der oben beschriebenen Probleme. Vor einigen Jahren war er als Partner an einem kleinen Elektronikgeschäft beteiligt. Das Geschäft lief ziemlich gut, sodass seine Einkünfte über dem polnischen Durchschnittseinkommen lagen und er einen angenehmen Lebensstil pflegen konnte. Nach einem Streit mit seinem Geschäftspartner wurde er verhaftet, weil sein Partner – so sagt er – ihm Dinge zur Last gelegt habe, um ihn aus dem Geschäft zu drängen. Sławomir verbrachte danach ein Jahr im Gefängnis.

Als er entlassen wird, gehört sein Haus einem anderen, er hat keine Arbeit mehr und ist nicht in der Lage, sich selbst über Wasser zu halten. Zunächst wohnt er bei Freunden, aber kurz nach seiner Haftentlassung beginnt er zu trinken und verlässt deshalb das Haus der Freunde wenig später. Er beginnt auf der Straße zu leben. Er trinkt weiter und es stellen sich Magen- und Nierenprobleme ein. Lange Zeit ignoriert Sławomir die Symptome, trinkt einfach immer mehr und weigert sich zuzugeben, dass sein Gesundheitszustand schlecht ist. Als er einsieht, dass er Hilfe bitter nötig hat, wird ihm klar, dass er kein Krankenhaus aufsuchen kann, weil er in seiner Zeit auf der Straße zur gesellschaftlichen Randexistenz geworden ist – ohne gemeldet zu sein und ohne Anspruch auf stationäre Behandlung im Krankenhaus. Er kommt in das

St. Albert-Heim um Unterschlupf zu finden und eigentlich nicht um ärztlich versorgt zu werden.

Nachdem die Aufnahmeformalitäten erledigt waren, wurde er zu Dr. Paschinska geschickt, die sich seiner Nieren- und Magenprobleme annahm. Er wurde dann an eine Ambulanzklinik überwiesen, in der er an einem Alkoholentzugsprogramm teilnahm. Beim Erzählen seiner Geschichte meinte Sławomir, der Alkohol sei nicht das entscheidende Problem, sondern er trinke, weil er seinen Arbeitsplatz, das Geschäft, das Haus und seine Gesundheit verloren habe. Während seines Entzuges weiß er jedoch die Unterstützung durch die psychologische Beratung zu schätzen.



Sławomir erinnert sich an die Zeit seiner Obdachlosigkeit

„Ich war am Anfang nicht sicher, ob er weiter zu den psychologischen Beratungsstunden kommen würde“, meint Dr. Paschinska, „weil er noch sehr unter seinen Erfahrungen litt und noch nicht bereit schien, darüber zu reden.“ Aber er beteiligte sich doch und akzeptierte auch die Behandlung seiner anderen Beschwerden.

Etwa sechs Monate nach seiner Aufnahme im Heim, meinte Sławomir, es sei an der Zeit, das Haus zu verlassen. Als er aber nach Arbeit suchte, sagt er, sei die Tatsache, dass er im Gefängnis gesessen hatte, ein Hindernis gewesen: „Die Erfahrungen [mit meinem Partner] verfolgten mich noch immer und ich konnte nicht vergessen, dass ich gesessen hatte. Ich hatte als Buchhalter gearbeitet und Arbeitgeber möchten für diese Position keine ehemaligen Häftlinge.“ Zur gleichen Zeit, als sich Sławomir nach einer Arbeit außerhalb des Heims umsah, suchte das St. Albert-Heim jedoch jemanden, der Buchhaltung und Verwaltung übernehmen konnte. Sławomir zeigte Interesse und arbeitet nun mit einem regulären Arbeitsvertrag für das Heim. Einen Monat vor dem Besuch des Autors war Sławomir in eine eigene Wohnung umgezogen. Er ist sehr glücklich, dass er sich nun selbst versorgen kann. Ihm gefällt seine Arbeit und sein Zuhause. Er erzählt: „Die anderen [Bewohner] des Heimes helfen mir mit der Einrichtung und Instandsetzung meiner Wohnung.“

Langfristig gesehen wird er vielleicht eine andere Buchhalterstelle bekommen, obwohl er meint, dass seine Haftzeit in dieser Hinsicht immer ein Problem darstellen wird. Die Betreuung im Heim und insbesondere die ärztliche Versorgung, die er im Rahmen der Palma-Initiative erhalten hat, führten dazu,

dass er nun keine Belastung mehr für das Gesundheits- und Sozialsystem darstellt, sondern ein aktives Mitglied seiner Gemeinschaft ist. Außerdem kann er dem Heim helfen, das ihn vor der Perspektivlosigkeit eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes und vor der Obdachlosigkeit bewahrt hat.

Obdachlosigkeit in Polen und die Kosten einer Ausweitung des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung

Die Zahl der Obdachlosen in Polen wurde noch nicht genau ermittelt (eine Volkszählung findet 2003 statt), doch anhand der bei den Einwohnermeldeämtern gemeldeten Personen und der Zahl der Verzogenen, die sich nicht wieder angemeldet haben, lässt sich ihre Zahl auf zwischen 300 000 und 350 000 schätzen. Außerdem rechnet man nach Aussage von Dr. Kowalski mit weiteren 50 000 illegalen Einwanderern und auf der Durchreise befindlichen Ausländern.²⁴ Würden die jährlichen Ausgaben für die ärztliche Grundversorgung bei durchschnittlich 25 US-\$ pro Person bleiben, beliefen sich die jährlichen Kosten bei einer Ausweitung der Grundversorgung auf alle Obdachlosen unabhängig von ihrem Meldestatus auf ca. 10 Millionen US-\$. Das sind zwar nur Schätzungen, die aber doch vermuten lassen, dass eine Ausweitung der gesundheitlichen Grundversorgung auf die Obdachlosen durchaus machbar ist.

Gewonnene Erkenntnisse

Die Palma-Initiative bietet Lösungen, die auch für andere Gemeindezentren brauchbar sein könnten. Bisher hat jedoch nur die lokale Presse davon berichtet. Nur im Rahmen des „Gesunde Städte“-Projekts der WHO scheint es in Polen konkrete Kontakte zwischen Stadtbezirken zu geben, die einen Austausch von Erfahrungen erleichtern. Das Palma-Projekt war allen unbekannt, mit denen der Autor während seines Aufenthaltes in Warschau sprach, in einer Stadt, in der das Problem der Obdachlosigkeit offenkundig auch besteht.

Es begann damit, dass jemand die Idee hatte, „Menschen zu helfen, wenn sie Hilfe brauchen“. Der nächste Schritt bestand darin, Ärzte dazu zu bringen, diese Arbeit zu übernehmen. Dr. Paschinkas anfängliches Widerstreben – weil sie sich von den Obdachlosen eingeschüchtert fühlte – verwandelte sich in ein freundschaftliches Verhältnis und berufliches Interesse an den Menschen, die sie in den Heimen betreut. Die Entwicklung solcher Fähigkeiten und eine unvoreingenommene Einstellung gegenüber Armen und Obdachlosen könnten ein erster Schritt zu ähnlichen Initiativen in anderen Orten sein. Die Wahl der ersten Heime war kein Zufall: Zwei Heime wurden genommen, weil genügend

²⁴ Schätzungen erfolgten mit Unterstützung von Lucyna Nowak, Leiterin des staatlichen Statistikamtes. Polen hat 38,7 Mio. Einwohner (Stand: Dezember 2000. *Quelle:* The Economist Intelligence Unit).

Ressourcen verfügbar waren und sich die Ergebnisse beurteilen ließen. Es handelte sich um die Männerheime, denn dort herrschte die größte Not. Ganz offensichtlich war die Maßnahme effektiv und die Extrakosten, die eine Belastung hätten darstellen können, wurden teilweise von der Marketingabteilung von Palma übernommen, die zusätzliche Gelder für das Projekt einwirbt. Wenn auch keine große Einnahmenquelle, so haben der Verkauf von Arbeiten der Heimbewohner und Sachspenden doch zur Finanzierung des Projekts beigetragen und den Bewohnern das Gefühl vermittelt, sich selbst helfen und versorgen zu können.

Die in Łódź gemachten Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass Ausgaben für eine ärztliche Grundversorgung anstelle von Nothilfe ein sinnvoller Schritt sind, um den Gesundheitszustand der Obdachlosen und der breiten Bevölkerung zu verbessern und einen Faktor auszuschalten, der zu Armut führt.

Fallstudie 8

Prävention und soziale Akzeptanz: die Handhabung sexuell übertragbarer Krankheiten in der Republik Moldau

Jen Tracy

Die 22-jährige Radika, die schwanger und an Syphilis erkrankt ist, ist erleichtert, weil sie sich heute behandeln lassen kann, ohne für die nächsten fünf Jahre ihr Recht auf Arbeit zu verlieren und unter Polizeibewachung in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden. Sie muss auch keine Angst haben, dass ihr Ehemann mit Gewalt von zu Hause weggeholt wird, um sich der gleichen unmenschlichen Behandlung unterziehen zu müssen.

Radika wird unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht in der staatlichen Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von Kischinew behandelt. Sie musste sich weder ausweisen noch ihre Anschrift angeben oder Auskunft über vorherige Partner geben. „Nur mein Ehemann und ich wissen von meiner Krankheit“, sagt sie.

Noch vor weniger als zehn Jahren hätte Radika eine Bescheinigung mit sich führen müssen, die sie als an einer sexuell übertragbaren Krankheit leidend ausgewiesen hätte, was sie weder eine Arbeit finden noch uneingeschränkt hätte reisen lassen. Damals wären



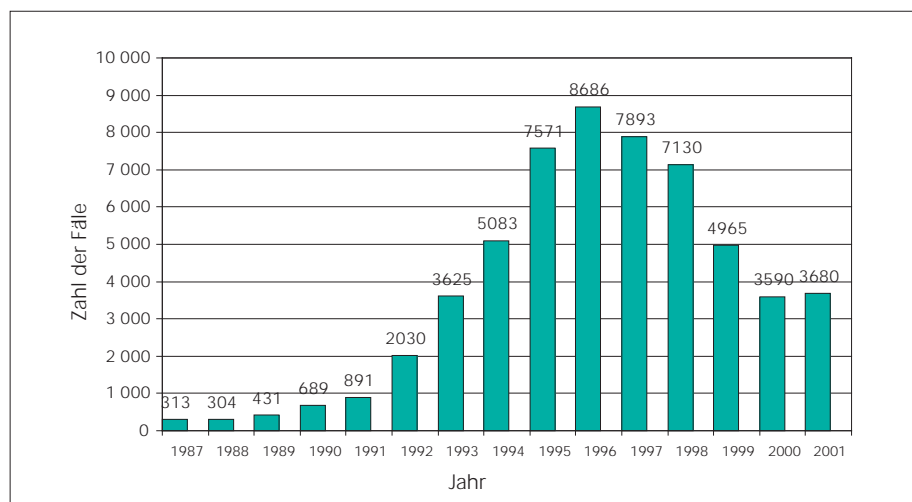
*Untersuchungsraum des
Ambulatoriums für Haut- und
Geschlechtskrankheiten in
Kischinew*

ihre Partner nicht von ihr selbst über ihre Erkrankung informiert worden, sondern von einem Polizeibeamten. Mit Hilfe des neuen Systems, das seit 1996 langsam, aber kontinuierlich durchgesetzt wird, konnten die Ängste der Betroffenen abgebaut werden, die sie früher daran hinderten, eine sexuell übertragbare Krankheit behandeln zu lassen. Dadurch ist unter den Erkrankten die Motivation gestiegen, sich an eine Klinik zu wenden – ein Faktor, der bei der Eindämmung der Krankheit eine äußerst wichtige Rolle spielt.

In den 90er Jahren erlebte die Republik Moldau wie andere Nachfolgestaaten der Sowjetunion eine noch nie da gewesene wirtschaftliche Stagnation, die von einer ständig steigenden Inflation begleitet wurde. Die soziale Lage verschlechterte sich drastisch, sexuell übertragbare Krankheiten und HIV-Infektionen verbreiteten sich in einem solchen Ausmaß, dass man bereits von einer Epidemie sprechen konnte. Die Situation der Menschen wurde insbesondere auf Grund der wirtschaftlichen und gesundheitlichen Entwicklung von immer größerer Unsicherheit gezeichnet und nahm besorgniserregende Züge an. Alle Parameter der Lebensqualität hatten sich dramatisch verschlechtert. Die Hauptlast der wirtschaftlichen Reformen wurde schnell auf die Armen abgewälzt – auf diejenigen, die sozialen Schutz eigentlich am nötigsten haben.

Anfang der 90er Jahre stieg die Syphilis-Inzidenz (vgl. Abb. 5) in der Republik Moldau um das 10,6fache an. Laut Angaben des Gesundheitsministeriums wurde in den Jahren 1996–1997 mit 200 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner der Höhepunkt erreicht. Ab 1997 ging die Inzidenz der Syphilis

Abb. 5. Jährliche Inzidenz der gemeldeten neu diagnostizierten Fälle von Syphilis in der Republik Moldau 1987–2001



Quelle: WHO Datenbank „Gesundheit für alle“ (Daten für 1987–1999).

Anmerkungen: Die Daten für 2000–2001 wurden von den staatlichen Gesundheitsbehörden zur Verfügung gestellt.

langsam zurück; die Erkrankungszahlen stabilisierten sich einigermaßen mit 97,4 Fällen pro 100 000 Einwohner im Jahr 2000 und 111 Fällen pro 100 000 Einwohner im Jahr 2001. Gonorrhö und HIV nahmen denselben epidemischen Verlauf, wobei auch hier in der zweiten Hälfte des Jahrzehnts die Inzidenz z.T. rückläufig war. 1997 löste die dramatische Zunahme neuer HIV-Infektionen große Besorgnis aus (vgl. Abb. 6). Heute liegen laut Gesundheitsministerium 1482 gemeldete HIV-Fälle und 39 Aids-Fälle vor, von denen 83% auf intravenösen Drogenmissbrauch zurückzuführen sind.

Ein eindrucksvoller 354 Seiten umfassender Sachstandsbericht, der im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellt wurde, macht eine Reihe von gesellschaftlichen Veränderungen wie Migration, drastische Veränderungen im Sexualverhalten, den alarmierenden Anstieg des Drogenkonsums, gravierende Mängel bei der sexuellen Aufklärung und Frauenhandel für die Ausbreitung der Krankheit verantwortlich.

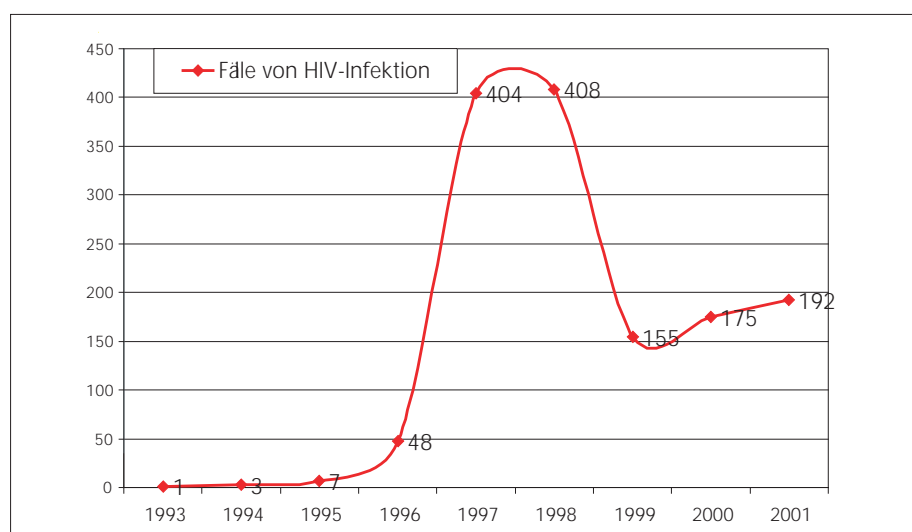


Abb. 6. Jährliche Inzidenz der gemeldeten HIV-Fälle in der Republik Moldau, 1993–2001

Quelle: EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2001*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2002.

Darüber hinaus steckt die Republik Moldau derzeit in einer tiefen demographischen Krise mit einer jährlichen Bevölkerungsabnahme von 12 000 bis 14 000 Personen. Das Gesundheitsministerium befürchtet, dass diese Krise durch die Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten und die HIV-Epidemie noch weiter verstärkt wird. In dem Bericht wird außerdem festgestellt, dass Armut nicht nur einer der Hauptgründe für die Epidemie ist, sondern gleichzeitig eine unüberwindbare Hürde darstellt, die die Ausrottung der Epidemie extrem erschwert.

In dem Sachstandsbericht heißt es:

Wirtschaftliche Sicherheit ist ein wichtiger Faktor für die Geborgenheit und die nachhaltige Entwicklung des Menschen. Eng verzahnt mit den Grundbedürfnissen des Menschen wie Nahrung, Wohnen, Gesundheit usw. setzt wirtschaftliche Sicherheit ein positives Umfeld voraus, das einen menschenwürdigen Lebensstandard fördert. ... Für die Republik Moldau ist ein eher unzureichendes Niveau an wirtschaftlicher Sicherheit charakteristisch, was sich nachteilig auf die Entwicklung der Bevölkerung auswirkt.

In den Schlussfolgerungen der Analyse heißt es, dass die Einwohner der Republik Moldau letztlich anfälliger für sozioökonomische Gefahren sowie sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/Aids geworden sind. Da die Menschen in erster Linie mit der Sicherung ihres Lebensunterhalts beschäftigt sind, haben sie keine Zeit, über ernste Gesundheitsrisiken nachzudenken. In der ersten Hälfte des Jahres 1999 machten Löhne und Gehälter nur ein Fünftel des verfügbaren Einkommens aus. Landesweit beträgt das durchschnittliche Monatseinkommen heute weniger als 20 €. Das Gesundheitsministerium befürchtet, dass die Menschen infolge der schlechten wirtschaftlichen Lage des Landes nicht nur für Infektionen und Krankheiten anfälliger werden, sondern sich auch nicht ausreichend um Aufklärung zu diesen Fragen bemühen, bzw. dass sie die entsprechenden Informationen auch gar nicht bekommen. Stattdessen sind sie in erster Linie mit ihrem Kampf ums Überleben beschäftigt.

Ärztliche Schweigepflicht und Anonymität stellen nur einen Aspekt des Reformansatzes der Regierungsstrategie zur Ausrottung der Epidemie dar. Das im Zeitraum 1995 bis 2000 durchgeführte erste nationale Programm des Ministeriums richtete sich auf die Eindämmung der sexuell übertragbaren Krankheiten und von HIV/Aids, die sich enorm ausgebreitet hatten. Durch die Einführung der Schweigepflicht und den Übergang von der teuren stationären zur kostengünstigeren ambulanten Behandlung konnten Erfolge verzeichnet werden. Dies gilt auch für die kostenlose Durchführung von Reihenuntersuchungen und die kostenlose Behandlung von Patienten mit Syphilis, Gonorrhö und HIV. Nach den Worten des WHO-Mitarbeiters Alexander Gromyko müssen diese Veränderungen als „revolutionär“ gewertet werden.

Am 18. Juni 2001 leitete die Regierung ein zweites nationales Programm ein. Diesmal lag der Schwerpunkt auf der Krankheitsprävention. Das Programm umfasst acht konkrete Präventionsstrategien, die auf intravenös spritzende Drogenkonsumenten und Jugendliche ausgerichtet sind. Sichere Bluttransfusionen sowie die ärztliche und soziale Unterstützung für HIV-Infizierte und ihre Familien sind ebenso Bestandteil des Programms wie die epidemiologische Überwachung und das Monitoring der Krankheiten seitens des Staates.

Zwar konnte das erste nationale Programm lobenswerte Erfolge aufweisen, weitere Fortschritte hängen jedoch von der wirtschaftlichen Stabilität des Landes, der uneingeschränkten Unterstützung seitens der Regierung und anhaltender und verstärkter Hilfsmaßnahmen durch internationale Sponsoren und nichtstaatliche Partner vor Ort ab. Das Ministerium hat erkannt, dass die Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten und von HIV/Aids das Land vor Herausforderungen stellt, die „zu vielfältig und komplex sind, um von der Regierung und den nichtstaatlichen Organisationen im Alleingang bewältigt werden zu können. Sie löst sozioökonomische, rechtliche und ethische Probleme aus und wirft Fragen der Menschenrechte auf, die alle angemessen angegangen werden müssen, wenn der Kampf gegen die Epidemie Erfolg haben soll.“

Soziale Aspekte: Ärztliche Schweigepflicht, Vertrauen und Prävention

Für den ernsthaften 23-Jährigen, der zwecks Beratung und Untersuchung in das staatliche Zentrum für Aids-Prävention und -Kontrolle von Kischinew gekommen ist, war ein anonymes nächtliches Liebesabenteuer in einem Ferienort am Schwarzen Meer ein Erlebnis, das er zeit seines Lebens bereuen wird. Der junge Mann, der darum gebeten hatte, nicht namentlich genannt zu werden, war im Januar 2002 HIV-positiv getestet worden. „Als ich es erfuhr“, sagt er, „wusste ich nicht, was ich tun oder denken sollte. Das Zentrum bietet sehr gute Beratungen an. Ohne seine Hilfe hätte ich das alles nicht durchgestanden.“

Dieser junge Mann, der inzwischen selbst Absolvent der medizinischen Fakultät ist, hat es sich zur Aufgabe gemacht, vor dem Hintergrund seiner eigenen Erfahrungen andere junge Menschen über die Gefahren von HIV/Aids und sexuell



Labor für Bluttests im staatlichen Zentrum für Aids-Prävention und -Bekämpfung

übertragbaren Krankheiten aufzuklären und zu beraten. Sein Ziel ist das gleiche wie das des Gesundheitsministeriums: die Ausrottung einer Epidemie von Krankheiten, wie sie das Land noch nie erlebt hat. Man hofft, dass Menschen nicht erst durch ein positives Testergebnis dazu gebracht werden müssen, den Ernst der Lage zu erkennen.

In der intensiven Aufklärung der Bevölkerung liegt der Schlüssel zur Veränderung risikoträchtiger, immer mehr aus der Kontrolle geratener Verhaltensmuster. In seinem Sachstandsbericht aus dem Jahr 2000 bringt das Gesundheitsministerium eine ausführliche Studie über die sexuellen Verhaltensmustern von Jugendlichen und Erwachsenen. Die Hauptaufmerksamkeit gilt den Jugendlichen, denn sie sind für die sozialen Veränderungen des Landes in dieser Übergangsphase besonders anfällig. Die schwedische nichtstaatliche Organisation CIVIS führte eine Studie durch, deren Schwerpunkt auf dieser Altersgruppe lag. Laut dieser Studie drehen sich die Hauptsorgen der Jugendlichen um die wirtschaftlichen Probleme der Republik Moldau.

Die Studie hat gezeigt, dass die Jugendlichen über Geschlechtskrankheiten und HIV/Aids, deren Ursachen und Folgen im Allgemeinen nur in Ansätzen Bescheid wissen. Einige Jugendliche erklärten, dass es sinnlos sei, sich vor Geschlechtskrankheiten bzw. HIV/Aids schützen zu wollen, da alles ausschließlich Glückssache sei. Auf die Frage, was sie im Falle einer Infektion tun würden, wurde mangelndes Verständnis hinsichtlich der Ernsthaftigkeit der Lage deutlich. Ein Großteil der Jugendlichen gab an, sich zuerst selbst behandeln zu wollen, bevor sie mit einer sexuell übertragbaren Krankheit einen Arzt aufsuchen würden. Der Hauptgrund für dieses Verhalten waren „Schüchternheit“ und Zweifel, ob eine Behandlung unter Einhaltung der Schweigepflicht durchgeführt werden würde.

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums ist die soziale Entwicklung der Republik Moldau hinsichtlich des sexuellen Verhaltens in einem Übergang von traditionellen zu städtisch geprägten Verhaltensmustern begriffen. Aus diesem Grund ist es dringend erforderlich, die Jugendlichen stärker über gesundheitliche Fragen aufzuklären und auf eine Veränderung ihrer sexuellen Verhaltensmuster hinzuwirken. Im Sachstandsbericht heißt es dazu:

Die Grenzöffnung erleichtert die Anknüpfung zwischenmenschlicher Beziehungen und die menschliche Kommunikation; gleichzeitig werden die Bedingungen für die Ausbreitung von HIV/Aids und anderer Krankheiten geschaffen, die in unserer Gesellschaft und unserem Gesundheitssystem als Massenphänomen bisher unbekannt waren. ... [Obwohl Jugendliche angeben, allgemeine Kenntnisse über diese Krankheiten zu besitzen], sind der Wissensstand und die Umsetzung des Wissens vor dem ersten Sexualkontakt und während des gesamten Sexuallebens offensichtlich unzureichend, [was die Statistik beweist].

Mit Hilfe einer großen Zahl örtlicher und internationaler nichtstaatlicher Organisationen hat das Ministerium ein vielseitiges und vielversprechendes Aufklärungsprogramm in die Wege geleitet, das für die notwendigen Veränderungen sorgen soll. Die breite Palette an Literatur, Fernseh- und

Rundfunksendungen, Telefon-Hotlines sowie Seminaren, die an verschiedenen Orten abgehalten werden, bezeugen, mit welchem Nachdruck das Ministerium die Präventionsmaßnahmen auf bestimmte Zielgruppen ausrichten will. Dr. Stefan Gheorghita, Leiter des staatlichen Zentrums für Aids-Prävention und -Bekämpfung, erklärt, dass Aufklärung und Prävention die Schwerpunkte des neuen nationalen Programms des Ministeriums seien. Als Beweis für diese Bemühungen präsentiert der Arzt drei Informationsbroschüren des Gemeinsamen Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS), die sowohl ins Russische als auch ins Moldauische übersetzt und überall im Land an den Schulen verteilt worden sind. Er erklärt weiter, dass Lehrer an speziellen Seminaren teilnehmen müssen, um später selbst Kurse zu gesundheitsrelevanten Themen abhalten zu können, bei denen besonders betont werden soll, dass sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/Aids ernstzunehmende Probleme sind.

Das Aids-Zentrum ist mit seinen tatkräftigen und engagierten Ärzten, Laboranten und Beratern sehr beeindruckend. Durch die Unterstützung von internationalen Organisationen wie dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) und UNAIDS verfügt die Klinik über eine moderne Ausstattung und die Mitarbeiter können mit Stolz sagen, dass sie unter Bedingungen arbeiten, die in jeder Hinsicht international anerkannten Standards entsprechen. Wie der junge HIV-infizierte Mann in seinem Interview bestätigt, ist die Qualität der für die Patienten durchgeführten Beratungen ausgezeichnet.

Darüber hinaus versucht die Klinik der Ausbreitung der Infektion entgegenzuwirken, indem sie saubere Nadeln, Kondome und Desinfektionsmittel zusammen mit Informationen über Vorbeugungsmaßnahmen, in



*Staatliches Zentrum für Aids-Prävention und -Kontrolle
– Materialien für
Drogenkonsumenten*

einem Päckchen verschnürt, an Drogenkonsumenten abgibt. Die Klinik kontrolliert die Abgabe dieser Päckchen sehr sorgfältig; saubere Nadeln werden im Austausch gegen gebrauchte ausgegeben, die dann in der Klinik sterilisiert werden.

Im Aids-Zentrum erklärt der junge HIV-infizierte Mann, dass es trotz der verstärkten Bemühungen in diesem Bereich immer noch genug zu tun gebe. „Es lässt sich eine allmähliche Verbesserung feststellen“, erläutert er, „die Menschen werden sich der Problematik langsam bewusster. Wir müssen aber weiter informieren und darüber aufklären, wie man sich selbst schützen kann und wie man den Menschen, die sich infiziert haben, helfen und sie unterstützen kann, denn als Betroffener ist man sehr einsam.“ Er fügt hinzu, dass die Gruppe der Schwulen Grund zur Sorge habe, da „niemand von denen, mit denen ich bisher gesprochen habe, meint, Vorsichtsmaßnahmen treffen zu müssen.“

Obwohl das Ministerium bei der Ausarbeitung seines Programms die Präventionsmaßnahmen in den Vordergrund gerückt hat, waren auch Reformen, die

die Abschaffung der unmenschlichen und Angst auslösenden Behandlungsmethoden vorsahen, sehr erfolgreich und wichtig. Neuerdings werden Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten unter Einhaltung der Schweigepflicht und Wahrung der Anonymität behandelt. Dank dieser

Die staatliche Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kischinew



Reformen konnte man die Betroffenen dazu bewegen, sich an Kliniken zu wenden und Vertrauen zum staatlichen Gesundheitssystem aufzubauen. „Heute bieten wir an, die Betroffenen vertraulich und anonym zu behandeln“, erläutert Dr. Viorel Calistru, der Leiter der staatlichen Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von Kischinew.

Dr. Gromyko von der WHO beschreibt die eingetretene drastische Veränderung:

Betroffene können sich jetzt ohne Weiteres an die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wenden, wenn sie den Verdacht haben, sich infiziert zu haben. Früher hätten sie versucht, eine Behandlung zu vermeiden. Polizisten hätten an den Eingangstüren des Krankenhauses gestanden und die Patienten am Verlassen des Gebäudes gehindert. Die Polizei wäre sogar zu den Betroffenen nach Hause gekommen. Wenn bei einem verheirateten Mann eine sexuell übertragbare Krankheit nachgewiesen wurde, brachte die Polizei seine Ehefrau mit Zwang zur Untersuchung und Behandlung in die Klinik.

Eine Ansteckung hatte auch andere gesellschaftliche Konsequenzen, beispielsweise erzwungene Arbeitslosigkeit, was die ohnehin schon chronische Armut noch verstärkte.

Im neuen System haben im Laufe des Jahres 2001 50% der Syphilis-Patienten und 40% der Gonorrhö-Patienten eine anonyme Behandlung erfahren.

Dr. Calistru erklärt dazu: „Es ist sehr wichtig, dass die Leute den staatlichen Diensten Vertrauen entgegen bringen, so dass sie sich einer Behandlung nicht entziehen und die Krankheit nicht weiter verbreiten. Noch vor zehn Jahren wäre diese Art von System undenkbar gewesen.“

Die Verantwortung, gefährdete Partner über eine mögliche Infektionsgefahr zu informieren, liegt jetzt beim Patienten selbst. Dr. Calistru erläutert, dass die Kliniken heute darum bemüht sind, den Patienten ihre Situation möglichst zu erleichtern. Sie klären sie darüber auf, wie wichtig es ist, möglichst alle Sexualpartner zu informieren. Jedem Patienten wird eine Karte mit seiner kodierten Patientenummer, doch ohne Namen und nur mit der Anschrift der behandelnden Klinik ausgehändigt. Am unteren Teil der Karte wird die vertrauliche Behandlung zugesichert. Infizierte Patienten erhalten beliebig viele Karten, die sie entweder anonym oder persönlich an ihre Sexualpartner verteilen. Wie wirksam das Programm ist, konnte bisher noch nicht festgestellt werden. Weitere Erfolge hängen zum größten Teil von der Fortsetzung der Aufklärungsarbeit unter der Bevölkerung ab, bei der insbesondere herausgestellt werden muss, wie wichtig es ist, gefährdete Partner über das Gesundheitsrisiko zu informieren.

„Wir wollen deutlich machen“, legt Dr. Calistru dar, „dass wir alle im selben Boot sitzen, dass die Patienten mit uns zusammenarbeiten. Unsere Maßnahmen konzentrieren sich alle auf das Interesse der Patienten und dies ist ein weitaus effektiverer Weg, die Dinge anzugehen.“

Die Reihenuntersuchungen und die Behandlung von Syphilis, Gonorrhö und HIV, die alle kostenlos erfolgen, machen einen wichtigen Teil des Programms aus. Dr. Calistru führt aus:

Sehen wir uns die Patienten doch einmal an: 80% von ihnen haben keine feste Arbeit, sie können sich nur behandeln lassen, wenn die Behandlung kostenlos ist. All dies trägt direkt dazu bei, die Armut in unserem Land zu verringern. Die Armen müssen freien Zugang zur Behandlung haben, sonst wird die Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten nie aufhören. Die Leute werden die Krankheit weiter verbreiten und sie werden entweder wegen Arbeitsunfähigkeit oder [weil] die Familie einen Versorger verloren hat, noch tiefer in die Armut abrutschen.

Medizinische Aspekte: Umstrukturierung und Nachhaltigkeit

Der Schwerpunkt des zweiten nationalen Programms der Republik Moldau liegt primär auf Präventionsmaßnahmen und der Aufklärung über Gesundheitsfragen. Bei dem ersten staatlichen Programm, das von 1995 bis 2000 in

Dr. Viorel Calistru, Leiter des staatlichen Ambulatoriums für Haut- und Geschlechtskrankheiten



Kraft war, ging es dagegen in erster Linie um die Umstrukturierung des Gesundheitssystems. Damit hoffte man der Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten besser Einhalt gebieten zu können.

Die Umstrukturierung bringt sowohl für die Patienten als auch für die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gleichermaßen finanzielle Vorteile; die Patienten werden kostenlos untersucht und behandelt und die Krankenhäuser sparen durch die Verlagerung von der teuren stationären auf die erschwierlichere ambulante Behandlung Kosten ein. Dr. Calistru zufolge war die Zentralisierung der Reihenuntersuchungen für übertragbare Krankheiten und HIV ein sehr wichtiger erster Schritt. Er berichtet, dass im vergangenen Jahr nach dem neuen System landesweit 470 000 Menschen kostenlos untersucht wurden. Hierzu gehörten alle Krankenhauspatienten, schwangere Frauen, Personen, deren berufliche Tätigkeit eine Untersuchung erforderlich machte, Blutspender und Paare mit Heiratsabsichten. Dr. Calistru erläutert, dass alle Krankenhäuser heute in der Lage sind, infizierte Personen innerhalb von 24 Stunden nach der Untersuchung zu behandeln – eine große Leistung, durch die die Nichtbehandlungsphase verkürzt und die weitere Verbreitung der Krankheit aufgehalten werden konnte.

Durch die unlängst getroffene Entscheidung, von diagnostischen Tests zum Syndrom-Fall-Management überzugehen, soll die Phase zwischen Untersuchung und Behandlung ebenfalls verkürzt werden. Zu Beginn des

Reformprozesses äußerte die WHO 1997 in einem Bericht ihre Besorgnis darüber, dass Ärzte in der Republik Moldau gegenüber der Syndrom-Behandlungsmethode Vorbehalte hätten. Obwohl durch die diagnostischen Tests ein Behandlungsbeginn hinausgezögert wurde, vertraten einige Ärzte weiterhin die Ansicht, dass die diagnostischen Tests für die Patienten ein Indikator der Leistungsqualität seien.²⁵ Dr. Calistru stellt fest, dass heute von Vorbehalten keine Rede mehr sein kann; das Gesundheitsministerium hat bereits angeordnet, dass künftig die Syndrom-Behandlungsmethode angewendet wird. Das Ministerium arbeitet zur Zeit an entsprechenden Fortbildungsangeboten für die Ärzte und gibt allen Mitarbeitern detaillierte Anweisungen für die Handhabung dieser Methode. Die Einführungsphase ist zwar noch nicht ganz abgeschlossen, doch Dr. Calistru stellt schon jetzt fest, dass die Ärzte die erforderliche Fortbildung bekommen haben und bereit sind, die Veränderungen umzusetzen. Krankenhäuser und Kliniken werden ebenfalls eine finanzielle Entlastung erfahren, wenn sie die teuren Labordiagnosen nicht mehr durchführen müssen.

Patienten mit Syphilis und Gonorrhö werden heute primär ambulant behandelt – in dieser Hinsicht hat die Republik Moldau beachtliche Erfolge erzielt. Mit Ausnahme schwangerer Frauen, Patienten mit Neurosyphilis und der nicht kontrollierbaren obdachlosen Bevölkerung werden heute alle Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten ambulant behandelt, erläutert Dr. Calistru. „Für die Patienten ist das neue System weitaus attraktiver“, sagt er.

Interne Schulungen in den Krankenhäusern über Behandlungs- und Präventionsmethoden gehören ebenfalls zu den Schwerpunkten des ersten und zweiten nationalen Programms der Republik Moldau zur Ausrottung der sexuell übertragbaren Krankheiten. Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte müssen nicht nur Seminare über die neuen Behandlungs- und Präventionsmethoden absolvieren, sie müssen darüber hinaus sechs Stunden ihrer monatlichen Arbeitszeit der Prävention widmen, d. h. dass sie an Schulen und Universitäten Vorträge halten, die speziell auf Jugendliche zugeschnitten sind.

²⁵ Beim traditionellen Ansatz erfolgt die Diagnose und Behandlung vermuteter sexuell übertragbarer Krankheiten durch eine Labordiagnose zur Bestimmung der Ätiologie. Diese Methode ist teuer, weil man für die Diagnose Zeit braucht und die entsprechende Laborinfrastruktur erhalten muss. Außerdem werden die Diagnose und der Beginn der Behandlung häufig verzögert. Bei der Syndrom-Behandlungsmethode wird die antimikrobielle Therapie anhand klinischer Algorithmen durch das Gesamtbild der Symptome sowie klinische Befunde ermittelt. Zu den Vorteilen der Syndrom-Behandlungsmethode gehören sofortige Versorgung, Behandlung beim ersten Arztbesuch, Kosteneinsparung durch die Nichtverwendung von Labortests und größere Zufriedenheit der Patienten mit der verabreichten Therapie. Der größte Nachteil sind die Kosten für Diagnose und Überbehandlung durch die Verabreichung multipler antimikrobieller Mittel an Patienten, die keine oder nur eine Infektion haben.

Hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen hat das Gesundheitsministerium auch die Notwendigkeit erkannt, dass man Partnerschaften mit lokalen nichtstaatlichen Organisationen eingehen muss, die bei der aufsuchenden Arbeit im Gemeinderahmen über mehr Zeit und Erfahrung verfügen. In der Klinik von Dr. Calistru wurden die Mitarbeiter der lokalen nichtstaatlichen Organisation „Jugend für ein Recht auf Leben“ unterwiesen, wie sie mögliche Fragen der Bevölkerung zu sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/Aids beantworten können.

Im Sachstandsbericht des Gesundheitsministeriums wurde deutlich herausgearbeitet, dass der Staat möglichst viele solcher Partnerschaften eingehen muss. „Unsere Vision ist es ... die Zahl der Partner, die an den nationalen Maßnahmen beteiligt ist, zu erhöhen. Zu diesem Zweck sollen die Aktivitäten auf kritische Bereiche konzentriert werden, um so bei der Eindämmung der Epidemie die größte Wirkung zu erzielen.“

Das Büro der nichtstaatlichen Organisation „Jugend für ein Recht auf Leben“ in Kischinew



Dr. Calistru legt dar, dass es Ziel des neuen Programms sei, durch Bereitstellung einer kostenlosen Behandlung für Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten die ärmeren Bevölkerungsschichten finan-

ziell zu entlasten. Vor der Einführung des Programms mussten sich Patienten ihre Arzneimittel in der Regel selbst besorgen, und dafür allgemein zwischen 100 und 300 Lei (zwischen 6 und 8) bezahlen. Darüber hinaus mussten sie auch die Kosten für die Behandlung tragen.

In einem Land, in dem das durchschnittliche Monatseinkommen bei unter 20 liegt und in dem 80% der Bevölkerung auf Grund von Gehaltsrückständen, Auszahlung des Gehalts in Form von Sachleistungen und steigender Arbeitslosigkeit über kein stabiles Einkommen verfügen, sind die Kosten für eine solche Behandlung nicht tragbar. Wenn das System nicht genug Menschen behandeln kann, führt Dr. Calistru aus, kann die Epidemie niemals eingedämmt werden. Nur eine kostenlose Behandlung kann dafür sorgen, dass sich die Betroffenen an das Krankenhaus wenden.

Obwohl die stationäre wie die ambulante Behandlung der Syphilis inzwischen angeblich kostenlos erfolgt, verlangen Ärzte in Einzelfällen – hier handelt es sich wirklich um Ausnahmen – für ihre Leistungen eine geringe Summe unter der Hand. Die 18-jährige Olja und die 22-jährige Radika, beide schwanger und mit Syphilis infiziert, wurden nach eigenen Angaben gebeten, für ihre Behandlung an der staatlichen Klinik einen kleinen Betrag zu bezahlen. „Ich habe es so verstanden“, erklärt Olja, „dass wir für die ersten zwanzig Tage nichts bezahlen müssen und für die folgenden zehn Tage 100 Lei (ungefähr 6 €).“

Diese Situation ist beispielhaft für die enorme Armut, von der alle Gesellschaftsschichten betroffen sind. Ärzte verdienen in der Regel nur 17–20 € monatlich und kämpfen – wie die übrige Bevölkerung – um die nackte Existenz.

Dr. Calistru versichert seinerseits, dass dieser Vorfall bei der Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten eine Ausnahmerecheinung sei. Alle Patienten erhalten eine umfassende Behandlung, unabhängig von den „individuellen Initiativen“ gewisser Ärzte.

Um der Ausbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten Einhalt gebieten und Betroffene in ausreichender Zahl zur Untersuchung in die Krankenhäuser holen zu können, müssen die Reihenuntersuchungen und die Behandlungen kostenlos angeboten werden. Dadurch wird das ohnehin verarmte Gesundheitssystem allerdings finanziell noch mehr belastet. Die nachhaltige Fortführung dieser erfolgreichen nationalen Programme und „revolutionären Veränderungen“ ist für eines der ärmsten Länder in Europa eine zusätzliche Herausforderung. „Aber gleichzeitig“, sagt Dr. Calistru, „hat man mehr Ressourcen zur Verfügung, wenn man Krankheiten zurückdrängt.“

Dr. Gheorghita meint warnend, dass Nachhaltigkeit von einer Reihe von Faktoren, einschließlich des Erfolgs der Reformen in anderen staatlichen Bereichen, abhängt. „Es handelt sich hier nicht um ein rein medizinisches Problem“, erläutert er, „sondern ebenso sehr um ein schweres ökonomisches und politisches Problem.“

Gewonnene Erkenntnisse

Wenn man von einer Lehre sprechen kann, die die Republik Moldau aus ihrem Kampf gegen die Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten gezogen hat, dann diese: Prävention ist die einzige Lösung. Diese Lektion lernt das Land erst durch eigene bittere Erfahrung.

Beim Ausbruch der Epidemie setzte das erste nationale Programm vornehmlich auf Umstrukturierungen im Gesundheitswesen; Präventionsmaßnahmen wurden gegenüber anderen Reformen zunächst zurückgestellt. Das zweite nationale

Programm, das im Juni 2001 in Kraft trat, korrigierte dies: Alle acht Schritte der detaillierten Strategie betreffen Präventionsmaßnahmen auf allen Ebenen.

„In den letzten zehn Jahren waren die Verantwortlichen so sehr mit Tests beschäftigt, obwohl man eigentlich mehr über Prävention hätte nachdenken müssen“, erklärt Dr. Gromyko von der WHO. „Doch in den letzten Jahren hat sich das allmählich geändert. Man hat endlich begriffen, dass Primärprävention der wichtigste Aspekt ist.“

Die Änderung der Strategie wurde anhand der Fülle von Broschüren, Schriften und sonstiger Literatur deutlich, die an Schulen, Universitäten und bei Reise-seminaren verteilt werden. Sowohl Dr. Calistru als auch Dr. Gheorghita zeigen deutlich, wie ernst ihr Engagement gemeint ist, wenn es darum geht, die Öffentlichkeit über die Gefahren der Epidemie aufzuklären.

Auf Grund der begrenzten Ressourcen der Regierung ist ein verbesserter Präventionseinsatz leichter gesagt als getan. Doch Dr. Gromyko erklärt, dass man genau in diesem Punkt eine weitere wichtige Lektion gelernt habe: „Die Republik Moldau hat entdeckt, welche wichtige Rolle die nichtstaatlichen Organisationen in der Präventionsarbeit spielen können. Von ihrer Seite ist sehr viel Unterstützung gekommen – eine Entwicklung, die zu den angenehmeren der vergangenen Jahre zählt.“

Das Gesundheitsministerium hat im Kampf gegen die sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/Aids einige Erfolge verbuchen können. Der weitere Erfolg hängt jedoch von den Ressourcen der Regierung ab, die aber bereits jetzt nahezu ausgeschöpft sind. Wenn die höchsten Behörden des Landes nicht deutlich machen, dass sie an ihrem Kurs festhalten, und wenn nicht noch sehr viel mehr lokale und internationale Partner und Geldgeber für Unterstützung sorgen, kann der Fortschritt von heute leicht zur Tragödie von morgen werden.

Noch vor vier Jahren war die Epidemie der sexuell übertragbaren Krankheiten und des HIV-Virus nahezu völlig außer Kontrolle. Heute – anscheinend auf Grund der ehrgeizigen Bemühungen seitens des Gesundheitsministeriums – scheint man die Epidemie in den Griff bekommen zu haben, doch die Republik Moldau hat das Ende des Tunnels noch nicht erreicht. Dr. Gromyko stellt fest, dass die Erfolgsgeschichte der Republik Moldau der Vorbote einer wunderbaren Nachricht für die übrige Welt sein könnte. „Vielleicht bedeutet dieser Erfolg, dass es trotz alledem möglich ist mit gezielter Unterstützung und Sofortmaßnahmen eine derartige Epidemie zu stabilisieren. Vielleicht stimmt es gar nicht, dass man Aids nicht in den Griff bekommen kann.“

Fallstudie 9

Armut und Tuberkulose: eine Pilotpartnerschaft in Orel, Russische Föderation

Susan Poizner

In dickem Mantel und Pelzmütze überquert eine Mutter mit ihrer Tochter den zentralen Platz der Stadt Orel in der Russischen Föderation. Das kleine Mädchen an ihrer Hand kichert vor sich hin und kickt mit dem Fuß einen kleinen Stein aus dem Weg. Auf der anderen Seite des riesigen Platzes bewegen sich zwei rundliche, ältere Damen Arm in Arm gemächlich auf die örtliche Apotheke zu. Es ist Sonntagmorgen und die Stadt mit ihren ungefähr 341 000 Einwohnern ist alles andere als geschäftig. In dieser vorwiegend ländlichen und landwirtschaftlich genutzten Region, 382 Kilometer von Moskau entfernt, ist das Leben nie wirklich hektisch.

Der Marktplatz ist an allen Seiten von großen, ehrwürdigen Gebäuden umgeben. An einer Seite ragt immer noch die einst obligatorische Leninstatue in voller Größe empor, geschmückt mit einem Strauß welkender roter Blumen. Hinter Lenin befindet sich das imposante „Weiße Haus“, in dem Beamte der Bezirksregierung nicht nur für die Stadt Orel, sondern auch für den gesamten Oblast (Verwaltungsregion), der denselben Namen trägt, politische Entscheidungen treffen. Der Oblast Orel erstreckt sich über eine Fläche von 24 700 km². Er ist in 24 Verwaltungsbezirke untergliedert, und umfasst auch die Städte Orel, Livni und Mtsensk. Im gesamten Oblast leben 900 000 Menschen.

Eines der Hauptprobleme, mit dem sich die Verwaltung von Orel seit dem Ende der Sowjetunion auseinandersetzen muss, ist der Anstieg der Tuberkulose-Erkrankungen. Unter anderem haben zunehmende Armut und Obdachlosigkeit, sinkende Gesundheitsbudgets und die nur sporadischen Lieferungen von Tuberkulosearzneimitteln seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion für den Anstieg der Tuberkulose-Fälle in Orel und in der gesamten Russischen Föderation gesorgt. 1990 kamen im Oblast Orel auf 100 000 Einwohner 41,4 Tuberkulosekranke. Zwei Jahre später war diese Zahl bereits auf 50,4 Krankheitsfälle pro 100 000 Einwohner angestiegen. Als sich 1996 die

Tuberkulose-Erkrankungen auf 65 pro 100 000 Einwohner erhöht hatten (Tabelle 2) und diese Zahl immer weiter zu steigen schien, musste die Verwaltung in Orel einsehen, dass Handlungsbedarf bestand.

Tabelle 2. Tuberkulosefälle
(pro 100 000 Einwohner)
im Oblast Orel, 1990–2001

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
41,4	39,3	50,4	48,3	51,9	52,3	65,0	66,6	71,3	71,2	81,0	77,1

„Die Tuberkulose stellte deshalb für uns eine so große Gefahr dar, weil eine Person mehrere Dutzend andere anstecken kann“, erläutert Michail Wladimirovitsch Schirokow von der Gesundheitskommission des Oblast. „Wenn nicht behandelt wird, ist das nicht nur wegen der eventuellen Todesfälle relativ teuer, sondern auch weil dadurch möglicherweise die Zahl der Schwerbehinderten in der Gesellschaft steigt. Wir haben erkannt, dass diese Krankheit ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko für unsere Bevölkerung darstellt, und haben deshalb beschlossen, etwas zu tun, um das Problem zu lösen oder zumindest zu mindern.“

Da der Haushalt sowieso schon überbelastet war und häufig Tuberkulosearzneimittel fehlten, wurde deutlich, dass Orel mit dieser Krankheit nicht im Alleingang fertig werden würde. 1999 bildeten Beauftragte des Gesundheitsministeriums deshalb mit der WHO eine Partnerschaft und führten die von der WHO empfohlene DOTS-Strategie (directly observed therapy, short-course), eine direkt überwachte ambulante Kurzzeittherapie, ein. Später schlossen sich das Russische Rote Kreuz und die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften dieser Maßnahme an und bauten ein Sozial- und Nahrungsmittelnetzwerk für Tuberkulosekranke auf.

Dieser zweigleisige Ansatz, bei dem soziale Unterstützung und medizinische Behandlung miteinander kombiniert werden, trägt dazu bei, die Wirksamkeit der DOTS-Programme in Orel besonders unter den Ärmsten der Gesellschaft zu verstärken. Das Programm baut auf der Erkenntnis auf, dass die Tuberkulose-Anfälligkeit unter den Armen am größten ist. Aus diesem Grund erhalten die Patienten, wenn sie ihre Arzneimittel abholen, jedes Mal auch Nahrungsmittelpakete. Durch diese Maßnahme sollen die Betroffenen nicht nur dazu ermutigt werden, ihre Behandlung bis zur Heilung fortzuführen, sondern gleichzeitig wird sichergestellt, dass selbst die ärmsten Tuberkulosekranken nicht hungrig bleiben müssen; denn eine gesunde Ernährungsweise hilft allen Patienten, ihre Krankheit zu überwinden.

Der allgemeine Kontext von Armut und Gesundheit

Die Straße von Orel ins benachbarte Mtsensk ist mit Schlaglöchern übersät und die Landschaft ist abwechslungsreich. Eine Reihe verfallener, vorrevolutionä-

närer Bauernhäuser aus Holz wird von einer Siedlung solider Villen aus Stein abgelöst, die den „Neuen Russen“ gehören. Auf den weitläufigen, in kleinere Parzellen unterteilten Feldern besitzen die Stadtbewohner bescheidene Datschen, einfache Sommerhäuschen mit einem kleinen Gartenstück. Hier bauen sie ihr eigenes Gemüse an, das sie einlegen, um genügend gesunde Lebensmittel für die Wintermonate zu haben.

Doch nicht jeder kann sich den Luxus einer Datscha leisten. Und nicht jeder kann den Luxus genügend gesunder Lebensmittel genießen. „Wir besuchen jetzt einen Mann, der seit zwei Jahren mit der Tuberkulose kämpft“, erläutert Alexander Nikolajowitsch Malachow, der in Mtsensk als Tuberkulosespezialist arbeitet. „Und es ist auch kein Wunder, dass er seine Krankheit nicht überwinden kann. Er bewohnt ein kleines Zimmer in einer Gemeinschaftswohnung ohne fließendes Wasser. Selbst in den kältesten Wintermonaten muss er nach draußen gehen, um sich zu waschen oder die Toilette zu benutzen.“

In dem heruntergekommenen Wohnblock begrüßt Dr. Malachow den tuberkulosekranken Viktor Iwanow, einen gespenstisch aussehenden Mann, der den Großteil seines Arbeitslebens in einer Fabrik verbracht hat. Sein Zimmer, in dem sich die Tapete von den Wänden löst, macht einen heruntergekommenen Eindruck; nur ein Bett ist zu sehen, das er sich mit seiner Frau teilt. Er hat Zugang zur Gemeinschaftsküche, die außer einem rostigen Kocher nicht viel zu bieten hat. An der Küchenwand hängt eine kleine Badewanne.

Viktor ist ein typischer Vertreter der an Tuberkulose erkrankenden Menschen in der Russischen Föderation, von denen ungefähr 70% der Betroffenen Personen nur ein geringes Einkommen haben, Rentner oder arbeitslos sind.



Viktor, ein Tuberkulosepatient

Der enge Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Armut ist offensichtlich. Die Zahl der Infektionen ist unter den ärmeren Bevölkerungsgruppierungen nicht nur höher, hinzu kommt noch, dass wegen des mit der Erkrankung einhergehenden Einkommensverlusts die Wahrscheinlichkeit steigt, noch tiefer in die relative Armut abzurutschen. Zwar bezahlen offizielle Arbeitgeber in der Russischen Föderation Krankengeld; doch für inoffizielle Tätigkeiten, mit denen man sein Einkommen aufzubessern sucht, erhalten die Betroffenen kein Krankengeld – dabei nimmt die Praxis der Nebenbeschäftigungen unter den ärmeren Bevölkerungsschichten immer mehr zu.

Dank des von der WHO und vom Roten Kreuz in der Stadt Orel geförderten Programms, bei dem eine verbesserte medizinische Behandlung mit sozialer Unterstützung und der Ausgabe von Lebensmitteln kombiniert wird, geht es Viktor Iwanow besser, als es ihm in irgendeinem anderen Teil der Russischen Föderation gehen würde. Wie alle anderen Patienten in Orel bekommt auch er jedes Mal, wenn er seine Arzneimittel einnimmt, ein Lebensmittelpaket. Damit wird bezweckt, dass er seine Behandlung zu Ende führt und die notwendigen Nährstoffe erhält, die er braucht, um seine Krankheit auszukurieren.

„Für die Patienten sind qualitativ gute Nahrungsmittel unerlässlich“, legt Dr. Malachow dar. „Sie brauchen sie, um Stärke aufzubauen und die Krankheit

zu überwinden.“ Die Ärzte entscheiden, welche Patienten auf Grund ihrer finanziellen Situation und ihrer sozialen Lage Unterstützung brauchen. Zum bevorzugten Personenkreis gehören anfälliger Gruppen wie Alkoholiker, Drogenabhängige, ehemalige Gefängnisinsassen und gebrechliche und ältere Menschen.



Alle stationären Patienten bekommen in der Tuberkuloseklinik des Oblast Orel drei Mahlzeiten am Tag

Zwar ist auch die breite Bevölkerung tuberkuloseanfällig, doch für die

Gefängnisinsassen in der Russischen Föderation ist die Wahrscheinlichkeit, an Tuberkulose zu erkranken, weitaus höher. Im Jahr 2000 wurde bei 10% der schätzungsweise einen Million Inhaftierten in der Russischen Föderation die Diagnose „aktive Tuberkulose“ gestellt.²⁶ Im Vergleich dazu liegt die Häufigkeit in der allgemeinen Bevölkerung bei 90 Fällen pro 100 000 Einwohnern.²⁷ Zu den Gründen, die für die hohe Infektionsrate verantwortlich sind, zählen überfüllte Gefängniszellen, schlechte Lebensmittelqualität und schlechte Lebensbedingungen. Wegen der Haushaltskrise sehen die Gefängnisdirektoren der Russischen Föderation jedoch keine Möglichkeit, die Situation zu verbessern.

In Orel versuchen Viktor Fjodorowitsch Gerasischew, stellvertretender Leiter des Krankenhauses für Tuberkuloseerkrankungen des Städtischen Untersuchungsgefängnisses der Stadt Orel (SIZO), und sein Mitarbeiterstab aus neun Ärzten und 23 Pflegekräften die Situation unter Kontrolle zu halten. Die an Tuberkulose erkrankten Insassen des Untersuchungsgefängnisses und der fünf

²⁶ *Communicable diseases 2000: Highlights of activities in 1999 and major challenges for the future.* Geneva, World Health Organization, 2000 (Document: WHO/CDS/2000.1).

²⁷ Daten aus Computerized Information System for Infectious Diseases (CISID) (<http://cisid.who.dk>, eingesehen am 10. Juli 2002).

Arbeits- und Erziehungslager des Oblast werden zur Behandlung in das Krankenhaus für Tuberkuloseerkrankungen Orels geschickt. Im Moment werden in diesem Krankenhaus mit offiziell 50 Betten 200 der insgesamt ca. 6000 im Oblast Orel Inhaftierten behandelt. Auch hier gilt die Ernährung als wichtiger Faktor der Gesamtbehandlung – die Tuberkulosekranken bekommen zum Aufbau ihres Immunsystems qualitativ besseres Essen. Die Hilfe ist jedoch bescheiden. „Unsere Patienten nehmen ihre Tabletten jeden Tag mit einem Glas Wasser ein“, erklärt Herr Gerasischew. „Es wäre schön, wenn wir ihnen stattdessen Saft geben könnten, sodass sie ein bisschen mehr Vitamin C zu sich nähmen, aber das können wir uns einfach nicht leisten.“

Neunzehn Insassinnen sind in der Frauenabteilung eingesperrt. Das Budget reicht nicht für Gefängniskleidung, sodass die Frauen bunte Jogginghosen, Pullover, Röcke und andere zerlumpte Kleidungsstücke tragen, die sie von zu Hause mitgebracht haben. Der Raum, den sie sich teilen, ist sehr klein; sie haben kaum Platz, sich frei zu bewegen. Zehn Etagenbetten, der notdürftig abgetrennte Toilettenbereich und ein schmutziger Couchtisch nehmen den größten Teil des Raumes ein. Schränke sind keine zu sehen. Die Frauen hängen ihre übrigen Kleidungsstücke an den oberen Betten auf und nehmen damit den Frauen auf den unteren Betten einen Großteil des Lichts weg.

Tuberkulose ist höchst ansteckend, da sich die Bakterien über die Luft ausbreiten, wenn ein Tuberkulosepatient hustet, niest oder ausspuckt. Heißt das, dass sich die Gefängnisinsassen die Krankheit infolge der engen Verhältnisse in den Gefängniszellen zuziehen? Nach den Worten von Herr Gerasischew ist das nicht immer der Fall: „Rund 30% derjenigen, die in unserem Oblast ins Gefängnis kommen, sind bereits an Tuberkulose erkrankt. Wir kennen diese Zahlen, da jeder neue Gefängnisinsasse bei seiner Aufnahme gründlich untersucht wird. Wir heilen die Betroffenen, aber häufig bricht die Krankheit auf Grund der mit dem Gefängnisaufenthalt einhergehenden Langeweile oder Belastung wieder aus, und die engen Zellen bewirken u. U., dass sich andere Insassen ebenfalls anstecken.“

Aber warum ist der Prozentsatz der Tuberkulosekranken unter denjenigen, die ins Gefängnis kommen, so hoch? Auch hier spielt Armut wieder eine Rolle. „Diejenigen, die im Gefängnis landen, gehören im Allgemeinen nicht gerade zu den Wohlhabendsten. Das ist offensichtlich. Es sind häufig Menschen ohne Familienangehörige. Sie können nicht ausreichend für sich sorgen, begehen deshalb Straftaten und landen dann hier. Sie leben in Armut und ernähren sich von minderwertigen Lebensmitteln. Deswegen ist ihre Tuberkuloseanfälligkeit höher“, legt Herr Gerasischew dar.

Das WHO-Programm im Oblast Orel hat Herrn Gerasischew und seinen

Mitarbeitern durch die Bereitstellung von Arzneimitteln für Patienten und die Finanzierung des Übergangs zu der von der WHO empfohlenen DOTS-Strategie geholfen, die Tuberkulose-Behandlung zu verbessern. Das WHO-Programm umfasst außerdem Informationen zur Methodik und statistischen Erfassung (durch Standardpatientenkontrollbögen) sowie finanzielle Anreize für Krankenhausmitarbeiter, die infolge des Programms eine größere Arbeitslast zu bewältigen haben. Das Gefängnisprogramm erhält außerdem von internationaler Seite Unterstützung: die Organisation für Internationale Entwicklung der Vereinigten Staaten (United States Agency for International Development, USAID) finanziert eine Einrichtung, die Gefängnisinsassen nach ihrer Entlassung rechtliche und psychologische Unterstützung für die Rückkehr ins bürgerliche Leben bietet.

Ziele des Programms

Ein Teil des DOTS-Programms ist die „direkte Überwachung“, die das Büro des Roten Kreuzes in Orel durchführt. Ab zehn Uhr warten die Frauen auf die Ankunft ihrer Patienten. Kurze Zeit später versammeln sich einige Männer vor der Eingangstür. Einer nach dem anderen tritt vor die Krankenschwester des Roten Kreuzes, die ihre Papiere kontrolliert, Arzneimittel ausgibt und zusieht, wie sie die Tabletten schlucken. Nachdem die Patienten ihre Arznei eingenommen haben, unterschreiben Krankenschwester und Patient ein Formular und die Krankenschwester gibt das tägliche Lebensmittelpaket aus, das jeden Tag anders bestückt wird. Heute gibt es Pelmeni – mit Fleisch gefüllte russische Teigtaschen – und einen Karton Joghurt.

Um elf Uhr macht sich Nina Priwidentzewa, die als Krankenschwester beim Roten Kreuz tätig ist, auf den Weg, um weitere Lebensmittelpakete an die Tuberkulosekranken zu verteilen, die es zur Einnahme der Tabletten wahrscheinlich nicht ins Büro schaffen. Hierzu gehören ältere und gebrechliche Menschen, ehemalige Gefängnisinsassen und Alkoholiker.

Nachdem die Patienten ihre Arznei eingenommen haben, gibt die Krankenschwester das tägliche Lebensmittelpaket aus



Die 22-jährige Katja, eine allein-erziehende Mutter, gehört zu diesem Personenkreis. Die blasse, doch schöne junge Frau lebt mit ihrer 3-jährigen Tochter Inna, ihrer Großmutter und ihrem Bruder in einer winzigen Wohnung. An manchen Tagen ist Katja so betrunken, dass sie es nicht in das Büro des Roten Kreuzes schafft. Dann bringt ihr Nina das

Lebensmittelpaket vorbei, das Katja aber erst bekommt, wenn sie ihre Tabletten eingenommen hat.

Das Programm von Orel bietet noch weitere soziale Unterstützung: zweimal monatlich bekommen Patienten, die ihre Tabletten eingenommen haben, außerdem ein „Familienlebensmittelpaket“, d. h. einen großen Karton mit Reis, Kascha (Buchweizen), Zucker, Mehl, Öl und anderen Grundnahrungsmitteln. Darüber hinaus gibt das Rote Kreuz alle zwei Monate ein Paket mit Seife, Shampoo, Waschpulver und anderen Haushaltswaren aus. Die täglichen Lebensmittelpakete kosten ungefähr 30 Rubel (1 US-\$); die vierzehntägigen Lebensmittelpakete kosten 120 Rubel (4 US-\$) und die alle zwei Monate verteilten Pakete etwa 60 Rubel (2 US-\$).

Jedes Jahr erkranken etwa 700 Menschen neu an Tuberkulose; ungefähr 150 werden für einen Zeitraum von zwei bis acht Monaten vom Roten Kreuz unterstützt, wobei die Zeitdauer von der Reaktion auf die Behandlung abhängt.

Welches Ziel verfolgt nun das Tuberkulose-Programm in Orel? Es geht hier nicht nur um die Einführung der DOTS-Strategie.

- Es wird sichergestellt, dass jeder Tuberkulosepatient seine Tabletten in der vorgeschriebenen Weise einnimmt. Dabei spielt es keine Rolle, wer er ist und welche Probleme er sonst hat. Die Lebensmittelpakete stellen für den Patienten einen Anreiz dar, zum Gesundheitszentrum zu kommen und während der gesamten sechs- bis achtmonatigen Behandlungsdauer die Tabletten einzunehmen.
- Die Wirksamkeit der DOTS-Strategie wird durch die soziale Unterstützung der ärmeren Patienten verstärkt.
- Durch die Ausgabe von gesunden Lebensmitteln wird das Immunsystem der Patienten gestärkt.

Prozesse und Methoden

Wenn ein Bewohner des Oblast Orel zum Arzt geht und über Erschöpfung und hartnäckigen Husten klagt, dann wird der Arzt den Patienten an einen Tuberkulosespezialisten überweisen. Der Spezialist wird eine Sputumprobe entnehmen, diese zur Untersuchung an ein Labor schicken, und nach einem oder zwei Tagen liegt das Ergebnis bereits vor. Der mikroskopische Erregernachweis aus Sputum ist ein schneller und effektiver Weg, um infektiöse Fälle von Lungentuberkulose zu entdecken. Der Patient wird dann zur umgehenden Behandlung in die Tuberkuloseklinik von Orel überwiesen. Häufig kann die Krankheit festgestellt und behandelt werden, bevor der Patient eine andere Person ansteckt.

Der mikroskopische Nachweis aus Sputum zur Diagnose von Tuberkulose ist eines der wichtigsten Elemente der DOTS-Strategie



Der mikroskopische Nachweis aus Sputum zur Diagnose von Tuberkulose ist eines der wichtigsten Elemente der DOTS-Strategie, d. h. der medizinischen Seite des zweigleisigen Tuberkulosebekämpfungsprogramms von Orel. Nach der früheren Tuberkulosebekämpfungsmethode musste sich jeder Bürger einmal im Jahr einer Röntgenuntersuchung unterziehen, wodurch Erkrankungen festgestellt werden konnten. Mit Hilfe dieser Methode nahm die Tuberkulose-Inzidenz allmählich ab und erreichte über einen Zeitraum von 25 Jahren Ende der 80er Jahre ihren niedrigsten Stand. Für eine nachhaltige Anwendung war dieses rigorose System jedoch zu teuer, und die Krankheit wurde nicht immer im Frühstadium diagnostiziert und behandelt.

Die bedarfsgerechte Umsetzung des DOTS-Programms sicherte die regelmäßige und kontinuierliche Lieferung aller notwendigen starken Tuberkulose-Arzneimittel der ersten Wahl, die sowohl von der Russischen Föderation als auch von internationalen Geldgebern finanziert werden. Bei einer Kurzzeitchemotherapie nehmen die Patienten über eine Dauer von sechs bis acht Monaten vier bis fünf Tabletten täglich und verbringen nur die Initialphase von zwei Monaten im Krankenhaus. Früher mussten die Patienten für zwei Jahre oder länger im Krankenhaus bleiben. Derartig lange Krankenhausaufenthalte können Armut verstärken bzw. verursachen, außerdem treiben sie die Kosten drastisch in die Höhe. Kürzere Krankenhausaufenthalte und eine frühere Rückkehr in ein nicht-infektiöses Lebensumfeld, wo die Patienten einer Erwerbstätigkeit nachgehen können, mindern die negativen Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Patienten.

Die DOTS-Strategie könnte ohne die Hilfe der Kommunal- und der Oblast-Verwaltung sowie der Zentralregierung nicht eingeführt werden, weshalb die Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen wesentlicher Bestandteil der Strategie ist. Das neue Programm nutzt die bereits existierende, gut entwickelte Infrastruktur des Oblast und stützt sich auf die dort vorhandenen erfahrenen Spezialisten, die in Fortbildungskursen eine Reihe neuer

Tuberkulosebehandlungsmethoden und Diagnosetechniken lernen. Mit Aufklärungsprogrammen und Kampagnen soll die Bevölkerung besser über die Tuberkulose aufgeklärt werden; mögliche Betroffene mit Tuberkulose-symptomen sollen ermutigt werden, sich sofort an ihren Arzt zu wenden. Aufklärungskampagnen, die der Bevölkerung die Problematik näher bringen, sind ein wesentliches Element bei der Umsetzung der DOTS-Strategie.

Bestandteil der DOTS-Strategie ist auch ein standardisiertes Register- und Berichtssystem, mit dem die Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse aller Patienten sowie die Ergebnisse des Tuberkulosebekämpfungsprogramms erfasst werden können. So wird den Gesundheitsfachkräften nicht nur die Begleitung und Evaluierung der Fortschritte ihrer Patienten erleichtert, die Strategie unterstützt sie darüber hinaus auch bei der Planung und Aufrechterhaltung eines angemessenen Arzneimittelvorrats.

Auch in anderen Gebieten der Russischen Föderation wurde die DOTS-Strategie eingesetzt. Gegen Ende 2001 hatten die russischen Behörden im gesamten Land neunzehn Pilotprojekte auf den Weg gebracht. Zu einigen dieser Projekte gehört ebenfalls ein gewisser Grad an sozialer Unterstützung. An dieser Stelle sei jedoch noch einmal betont, dass sich das Orel-Projekt von anderen Projekten deutlich unterscheidet, da die soziale Unterstützung untrennbar zum Programm gehört und auch Fördermittel in beträchtlicher Höhe erhält.

Wieslaw Jakubowiak, Koordinator des WHO-Tuberkulose-Programms in der Russischen Föderation legt dar, dass dieses Experiment in Orel auf Grund der in einer Reihe von Oblast hohen Zahl von Therapieabbruchern eingeleitet wurde: „In einigen Oblast, wie beispielsweise in Iwanowo, lag die Therapiebruchrate bei über 30%, was ziemlich hoch ist. Also versuchten wir gemeinsam mit unserem Sponsor USAID einen Weg zu finden, um diesen schwierigen Personenkreis von Therapieabbruchern bei der Stange zu halten.“

Die WHO und USAID wandten sich an das Rote Kreuz, das über weitreichende Erfahrungen in der Russischen Föderation verfügt und großen Respekt genießt. Gemeinsam sollte ein Konzept entwickelt werden, mit dessen Hilfe potentielle Therapieabbrecher - häufig ehemalige Strafgefangene, Obdachlose, Alkoholiker oder Drogenabhängige - motiviert werden sollten, ihre Therapie fortzusetzen. Das Lebensmittelpaket schien ein guter Anreiz zu sein, um diese häufig verarmte Bevölkerungsgruppe zur Weiterführung ihrer Behandlung zu bewegen.

„Wir haben gute Ergebnisse erzielen können, obwohl es sehr schwierig ist, mit dieser Patientengruppe zu arbeiten“, stellt Herr Jakubowiak fest. „Das Programm ist so erfolgreich, dass wir sogar auf höherer Ebene eine Arbeitsgruppe

gebildet haben, zu der leitende Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums, des Justizministeriums und der Akademie der medizinischen Wissenschaften gehören. Das Projekt soll in der gesamten Föderation laufen können.“

Die wichtigsten Lehren

Boris Jakowlewitsch Kazeonny, Chefarzt an der Tuberkuloseklinik im Oblast Orel, ist ein viel beschäftigter Mann. Als Leiter des Projekts von Orel wird er häufig zu Treffen mit Regierungsvertretern oder Repräsentanten der WHO oder des Roten Kreuzes eingeladen. In der Klinik wartet oft eine Schlange von Ärzten und Krankenschwestern vor seinem Büro, die darauf hoffen, ihn für einige Minuten zu erwischen, um über einen Patienten sprechen oder seinen Rat einholen zu können.

Noch vor einiger Zeit bestand seine Aufgabe einfach nur darin, die 470-Bettenklinik, in der Tuberkulosepatienten behandelt wurden, zu leiten. Doch Kazeonny bereut es nicht, im Zusammenhang mit dem Orel-Projekt zusätzliche Arbeit übernommen zu haben. Sollte das Projekt zu Ende gehen, sagt Kazeonny, dann würden die Ärzte in Orel trotzdem weiter mit der DOTS-Strategie arbeiten. Doch gerade die soziale Unterstützung mache das Projekt so einzigartig.

„Das Rote Kreuz hat eine sehr wichtige Rolle gespielt“, sagt er. „Auf Grund unserer gemeinsamen Aktivitäten können wir in Orel sehr gute Ergebnisse vorweisen und die Quote der Therapieabbrecher ist auf 2, 3 oder 4 % zurückgegangen. Bei der Tuberkulosebehandlung ist neben der Chemotherapie natürlich auch eine gesunde Ernährungsweise des Patienten sehr wichtig und die Lebensmittelpakete tragen dazu bei, die Ernährung der Tuberkulose-Kranken zu verbessern.“

Bei dieser Initiative ermöglichten internationale Spenden den Kauf von Arzneimitteln und Lebensmittelpaketen sowie die Durchführung von Fortbildungskursen und Aufklärungskampagnen. Das Extra an sozialer Unterstützung, das die Tuberkulosepatienten vonseiten der internationalen Gemeinschaft erfuhren, wurde als Investition empfunden, die für die Regierung letztlich in vieler Hinsicht eine finanzielle Entlastung bedeutet hat, Menschenleben können gerettet werden und die Chancen der Erkrankten, wieder gesund zu werden und ihre Arbeitsfähigkeit zurückzugewinnen, sind gestiegen.

Patienten mit geringem Einkommen, die den Kampf gegen die Krankheit nicht aufgeben, haben eine Sorge weniger: Sie wissen, dass sie an jedem Tag, an dem sie ihre Medizin einnehmen, etwas Nahrhaftes zu essen bekommen. Aber was wird sein, wenn sie eines Tages geheilt sind?

Fallstudie 10

Die hängenden Gärten von St. Petersburg: Verbesserung der Ernährungs- und Versorgungssicherheit in einem verarmten städtischen Umfeld

Susan Poizner

Alla Sokol steigt die engen Stufen zum Dachboden des neunstöckigen Wohnblocks an der Pulkowskaja-Straße in St. Petersburg hinauf. Sie muss sich bücken, da die Decke des Dachbodens sehr niedrig ist. Einige Meter weiter befindet sich eine Leiter. Die jugendlich wirkende 64-Jährige zieht sich Sprosse um Sprosse hinauf und zwängt sich durch die kleine Tür, die zum Dach führt.

In den Frühjahrs- und Sommermonaten unternehmen Alla und andere Hausbewohner diesen Gang aufs Dach nahezu täglich. Der herrliche Ausblick auf St. Petersburg ist für sie dabei eher eine Zugabe als der eigentliche Anreiz. Sie klettern auf das Dach, um im Dachgarten zu arbeiten, in dem sie hochwertiges Gemüse anbauen, das sie sich im Geschäft nicht leisten könnten.

„Für Rentner und Familien mit geringem Einkommen ist Gemüse, besonders im Winter, teuer. Doch alle Hausbewohner, die in unserem Dachgarten mitarbeiten, können dort im Sommer kostenlos Gemüse bekommen. In unserem Haus wohnen auch Frauen, die über 80 Jahre alt sind und auf dem Dach nicht mitarbeiten können. Wir versorgen auch sie kostenlos mit Gemüse“, berichtet Alla.



Alla Sokol, Gründerin des Städtischen Gartenvereins von St. Petersburg

Die Idee, einen Dachgarten anzulegen kam Alla 1991, als sie zu diesem Thema einen Vortrag von Martin Price, Landwirtschaftsberater bei Educational Concerns for Hunger Organization (ECHO) hörte, einer Organisation mit Hauptsitz in den Vereinigten Staaten. Damals waren Nahrungsmittel in der Russischen Föderation äußerst knapp und die Anlage eines Dachgartens schien Alla die perfekte Lösung zu sein, um ihren Mitbewohnern über diese schwere Zeit hinwegzuhelfen.

Sie bat andere Hausbewohner, sie bei der Gründung des Städtischen Gartenvereins von St. Petersburg (Klub Gorodskogo Ogorodnitschetwa Sankt Petersburg) zu unterstützen, und bis 1994 hatten sie mit Hilfe von ECHO und dem gemeinnützigen Zentrum für Bürgerinitiativen (CCI) den bis heute einzigen privat genutzten Dachgarten der Stadt angelegt.

Die wirtschaftlichen Probleme jener Zeit, die die Gründung des Städtischen Gartenvereins vorangetrieben hatten, bestehen immer noch. Alla und ihre Kollegen setzen sich dafür ein, dass auch in anderen Stadtbezirken Dachgärten angelegt werden können. Sie arbeiten darüber hinaus mit Forschungsinstituten daran, die russische Bevölkerung mit neuen, kostengünstigen und leicht anzubauenden Gemüsen vertraut zu machen.

Die Vereinsmitglieder glauben, dass ihre Arbeit schließlich allen Einwohnern von St. Petersburg frische Nahrungsmittel leichter erschwinglich und zugänglich machen wird. Davon sollen insbesondere die einkommensschwachen Gruppen der Bevölkerung profitieren, denn mehr frisches Obst und Gemüse würde ihren allgemeinen Gesundheitszustand verbessern.

Der allgemeine Kontext von Armut und Gesundheit

Mit seinen hohen Alleen und atemberaubenden Kathedralen ist St. Petersburg in der gesamten Russischen Föderation die Stadt mit dem wohl aristokratischsten Flair. Die wunderschöne Architektur kann jedoch kaum über die Armut hinweg täuschen. Im Jahr 2000 zählte die Stadt 4,6 Millionen Einwohner, von denen ungefähr ein Drittel unter der Armutsgrenze lebte.

Viele russische Arbeiter mit geringem Einkommen glauben, dass es sich lohnt, sich mit preiswerten, stärkehaltigen Lebensmitteln wie Brot und Kartoffeln oder fettreichen Produkten wie Butter oder Fleisch einzudecken; frisches Obst und Gemüse dagegen kaufen sie nicht, weil es teurer ist. Experten sagen jedoch ebenso wie die Mitglieder des Städtischen Gartenvereins, dass dies ein Trugschluss sei, der sich nachteilig auf die Gesundheit auswirke.

„Eine Ernährung mit gesättigten Fetten und wenig Obst und Gemüse verursacht schätzungsweise 30% der Herzkrankheiten“, stellt die WHO-Regionalbeauftragte für Ernährungsfragen, Dr. Aileen Robertson, fest.

Eine Ernährung mit hohem Salzgehalt kann alles noch schlimmer machen. „In der Gemeinschaft unabhängiger Staaten ist der Salzkonsum wahrscheinlich erheblich höher, weil Gemüse und Fleisch traditionell gepökelt werden“, sagt sie.

Man vermutet einen Zusammenhang zwischen hohem Fleischkonsum und Darm- bzw. Brustkrebs. Dahingegen soll der Verzehr von viel Gemüse den Körper vor Herzinfarkt, Bluthochdruck und Fettleibigkeit schützen. Schätzungsweise bis zu 40% der Krebserkrankungen ließen sich durch einen höheren Verzehr von Gemüse, Obst und Ballaststoffen vermeiden.²⁸

Jeder Russe sollte täglich 400 Gramm Obst und Gemüse (Kartoffeln zählen nicht dazu) zu sich nehmen.²⁹ Doch in dieser nordwestlichen Region der Russischen Föderation, wo importiertes Gemüse oder frische Treibhausprodukte teuer sind und man nur vier Monate lang Obst und Gemüse anbauen kann, lässt sich dieses Ziel nur schwer erreichen.

Für die Einwohner von St. Petersburg ist das alles eine finanzielle Frage. Einkommensschwache Familien verdienen weniger als 1500 Rubel (50 US-\$) im Monat. Die Miete für eine einfache Wohnung beträgt zwischen 300 und 500 Rubel (10–17 US-\$). Wenn eine Familie mit geringem Einkommen also vor der Wahl steht, ob sie ein Kilo Brot für 8 Rubel oder dieselbe Menge an grünem Salat für 19 Rubel kaufen soll, dann werden die meisten einkommensschwachen Familien das Brot wählen.

In der Sowjetunion produzierten die örtlichen Sowchosen, die landwirtschaftlichen Staatsbetriebe, während des ganzen Jahres eine breite Auswahl an erschwinglichen Gemüsesorten. In postsowjetischer Zeit wurden diese landwirtschaftlichen Betriebe jedoch privatisiert. Die Energiekosten schnellten in die Höhe und die landwirtschaftlichen Betriebe legten zwecks Energieeinsparung ihre Treibhäuser still und konzentrierten sich stattdessen auf den Anbau preiswerterer Gemüsesorten wie Kartoffeln, rote Beete und Möhren. Die wenigen Betriebe, die weiterhin Treibhäuser unterhalten, lassen den Verbraucher den entsprechenden Preis zahlen.

²⁸ *CINDI dietary guide*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (Dokument EUR/01/5018028).

²⁹ *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (Dokument EUR/00/5026040).

In der Vergangenheit wäre die russische Datscha die perfekte Lösung gewesen. Mehr als die Hälfte der Einwohner von St. Petersburg haben heute in den Sommermonaten Zugang zu einer Datscha, wo sie ihr eigenes Gemüse anbauen können. Laut Aussagen von Oleg Maldakow, Agrarwissenschaftler und Mitglied des Städtischen Gartenvereins, lassen jedoch bis zu 8% der Datschenbesitzer mittlerweile ihr Land ungenutzt. Dies erklärt er folgendermaßen:

Das Problem besteht darin, dass die Datschen 30 bis 100 Kilometer von der Stadt entfernt liegen und die Fahrtzeit mit dem Zug bis zu drei Stunden beträgt. Die Preise für öffentliche Verkehrsmittel sind gestiegen. Für eine Fahrt zur Datscha bezahlt eine Familie unter Umständen 250 Rubel; für die gleiche Summe könnte sie aber 25 Kilo Kartoffeln kaufen. Bei der Datscha kommen dann noch die Kosten für den Kauf von Samen, Pestiziden und Kompost hinzu. Aus diesem Grunde entscheiden sich ärmere Familien möglicherweise dafür, ihre Datscha ungenutzt zu lassen.

Den örtlichen Behörden ist das Problem von Armut und Nahrungsmittelmangel bekannt. „Wir haben ein gut ausgebautes Netzwerk für humanitäre Hilfe“, erklärt Swetlana Konowalowa, Leiterin der städtischen Behörde des Stadtbezirks Swjosdnoe, in dem der Städtische Gartenverein zu Hause ist. „Ungefähr ein Drittel unserer 56 000 Einwohner sind arm, wir haben jedoch unlängst zehn Tonnen Nahrungsmittel aus den USA verteilt.“ Doch was war in den Lebensmittelpaketen? Familien und Einzelpersonen bekamen Butter, Zucker und Milch, aber weder frisches Obst noch Gemüse.

Ziele und Hauptaktivitäten

Natalja bewohnt im selben Haus wie Alla eine hübsche Zweizimmerwohnung. Auf allen Fensterbänken stehen Grünpflanzen. Natalja arbeitete früher in einer Akkordeonfabrik und ihr Ehemann Leonid war Bootsmechaniker. In der Sowjetära verbrachte Leonid einen Großteil seiner Zeit auf See, sodass das Ehepaar es nie der Mühe wert fand, ein Stück Land für eine Datscha zu erwerben.

Bei Natalja stehen auf jedem Fensterbrett Grünpflanzen



Heute bekommen Natalja und Leonid 750 bzw. 1200 Rubel im Monat, was erheblich unter dem Existenzminimum von 1500 Rubeln pro Person liegt. Leonid verdient als Wachmann etwas hinzu, doch nur Nataljas Arbeit im Dachgarten stellt sicher, dass im Sommer viel Gemüse auf dem Speiseplan steht.



Im Keller wird nährstoffreicher Kompost produziert

Das Hauptziel des Städtischen Gartenvereins ist es, Personen mit geringem Einkommen wie Natalja und Leonid zu frischem Obst und Gemüse zu verhelfen, das – so lautet ein weiteres Ziel - umweltfreundlich angebaut wird. 1999 wurde das Programm erweitert, im Keller des Gebäudes wurde eine Kompostierungsanlage aufgestellt. Ziel war, den organischen Abfall des Wohnhauses, der in schwarze Behälter mit roten Würmern gefüllt wurde, zu verarbeiten. Die Würmer fressen den Abfall und scheiden nährstoffreichen Kompost aus, den die Vereinsmitglieder entweder verkaufen oder für den Dachgarten nutzen.

Zu den weiteren Ergebnissen seiner Tätigkeit kann der Städtische Gartenverein die Schaffung neuer Arbeitsplätze zählen. Als im Jahr 1999 die ehrenamtlichen Mitarbeiter schließlich mit der neuen Kompostierungsanlage und dem Garten überlastet waren, ermöglichte ein Zuschuss der in den USA ansässigen Gagarin-Stiftung Alla die Einstellung zweier alleinerziehender Mütter, die im Projekt als Vollzeitbeschäftigte mitarbeiten.

Der Städtische Gartenverein hat jedoch anspruchsvollere Ziele als die Unterhaltung eines einzigen funktionierenden Dachgartens in St. Petersburg. Ihm geht es unter anderem darum, Interessenten Informationen, Beratung und die notwendige Unterstützung beim Aufbau ähnlicher Projekte zukommen zu lassen. Die Mitglieder des Städtischen Gartenvereins werben in den Medien für ihre Arbeit und haben bereits ein Handbuch herausgebracht. Derzeit arbeiten sie an einem Trainingskurs, mit dem sie ähnliche Programme unterstützen wollen. Da es sich um einen eingetragenen Verein handelt, kann er sich auch um politische Unterstützung zur Erweiterung des Projekts bemühen.

Reichweite der Initiative

Anna gibt freimütig zu, dass sie nur noch fünfzehn Zähne hat. Immerhin ist sie bereits 82 Jahre alt, aber nicht der Typ, der sich über die Unpässlichkeiten des Alters beschwert. „Natürlich habe ich manchmal Schmerzen“, sagt sie abwehrend. „Aber auch Jüngere klagen über das ein oder andere Wehwehchen. Man muss einfach lernen, sich nicht mit solchen Dingen aufzuhalten.“

Ebenso wenig hält sich Anna bei der Tatsache auf, dass ihre Rente von 1500 Rubeln bedeutet, dass sie mit ihrem Einkommen an der Armutsgrenze liegt. „Ich komme damit aus“, behauptet sie. „Für Leute, die ihr Geld für Wodka und Zigaretten verschwenden, reicht es natürlich nicht. Aber ich kann mir kaufen, was ich brauche.“

Die Tatsache, dass sie in der Pulkowskaja-Straße Nr. 9 wohnt, hilft Anna: Der Städtische Gartenverein teilt an fünf der ältesten Bewohner, die körperlich nicht mehr in der Lage sind, auf dem Dach mitzuarbeiten, kostenlos Gemüse aus. Das Wohnhaus besteht aus insgesamt 287 Wohnungen, in denen 540 Menschen leben. Jeder, der bereit ist, dem Projekt seine Arbeitskraft ehrenamtlich zur Verfügung zu stellen, erntet seinen Lohn in Form von Gemüse.

Methoden

Alla Sokol ist Agraringenieurin. Beim Entwurf des Gartens musste sie ihr Fachwissen einsetzen, um die Hausbewohner und die Stadtverwaltung davon zu überzeugen, dass das Dach das Gewicht aushalten würde. Sie berechnete die Last und wies nach, dass bei der Verwendung von leichter Erde keine Einsturzgefahr für das Dach bestehen würde.

1993 erhielt Alla vom CCI als Teil eines humanitären Hilfspakets Saatgut. „Einen Teil des Saatguts haben wir dann gegen Erde und Kisten eingetauscht“, erklärt Alla. 1994 war der Verein schließlich als gemeinnützige öffentliche Organisation eingetragen, und Alla und ihr Team konnten das übrig gebliebene Saatgut aussäen und den Dachgarten anlegen.

Ab 1994 erhielt Alla monatlich 1500 Rubel vom CCI, der sie damit ermutigen wollte, das Projekt weiter zu leiten. Im darauf folgenden Jahr spendete der CCI außerdem Dünger, Schläuche, Kisten und Plastikfolien für den Dachgarten.

Der Dachgarten soll sich selbst tragen



Das Kompostierungsprojekt kam zwischen 1998 und 1999 durch Zuschüsse aus dem TACIS-Programm der Europäischen Union zustande. „Sie haben alles bezahlt, selbst die Renovierung des Kellers. Ohne sie hätten wir es nicht geschafft“, stellt Alla fest. 1999 folgten Zuschüsse für Vollzeitkräfte und das Programm wurde gut subventioniert.

Die hängenden Gärten von St. Petersburg

Inzwischen funktioniert die Infrastruktur und der Dachgarten soll sich nun selbst tragen. 70% des 300m² großen Dachgartens dienen der Produktion von Sämlingen für Blumen und Gemüse, die in einem Laden im Erdgeschoss des Wohnhauses verkauft werden können. Der Städtische Gartenverein verkauft außerdem seinen Kompost und konnte im Jahr 2001 einen Gewinn von 30 000 (1000 US-\$) Rubeln erwirtschaften.

„Wir hoffen, unseren Verdienst in Zukunft verdreifachen zu können“, erklärt Alla. „Das würde ausreichen, um zwei Vollzeitkräfte zu bezahlen. Wir haben noch viel mehr Platz auf dem Dach, doch um das Projekt auszubauen, brauchen wir garantierte Abnehmer. Wir brauchten einen Großauftrag für Saatgut von einer Firma, die einen Teil im Voraus bar bezahlen könnte.“

Ein Ausbau der städtischen Gartenprojekte in St. Petersburg wird hauptsächlich dadurch verhindert, dass nur die Bewohner von Genossenschaftshäusern, wie Alla, sicher sein können, eine Genehmigung zu bekommen. „Wir mussten von all unseren Bewohnern eine Genehmigung einholen, da unser Haus Gemeinschaftseigentum ist. Es könnte sein, dass die Bewohner anderer Wohnhäuser in St. Petersburg ihre Erlaubnis nicht so leicht geben.“

Swetlana Konowalowa ist die Leiterin der städtischen Behörde des Stadtbezirks Swjosdnoe, dem viele Gebäude des Viertels gehören. Nach ihrer Aussage ist die Situation sogar noch komplizierter: „Uns gefällt das Programm. Doch diese Art von Projekt ist sehr kompliziert. Vom Dachgarten könnte Wasser in die darunter liegenden Wohnungen sickern. Es ist kostspielig, ein Dach für diese Art von Garten umzubauen. Wir müssten viele Dokumente vorlegen, die belegen, dass das Gebäude die Last aushält. Und ehrlich gesagt, warum sollen wir Geld ausgeben, um Gärten auf Dächern anzulegen, wenn wir nicht einmal genügend ebenerdige Gärten haben?“

Dachgärten in der Russischen Föderation sind nach wie vor ein neues Konzept, obwohl mit der Unterstützung des Städtischen Gartenvereins beim Schiffsbauunternehmen „Rubin“, in der Mittelschule Nr. 42 und in dem berühmten Untersuchungsgefängnis „Kresty“, in dem 10 000 Insassen untergebracht sind, ähnliche Projekte ins Leben gerufen wurden.



Alexander Gawrilow (rechts) bringt Kresty-Inhaftierten Gartenarbeit bei

In dem überfüllten Gefängnis wurden auf dem Dach und zu ebener Erde Gärten angelegt, die die Gefängnisinsassen mit Gemüse versorgen sollen. Bisher wurde schon dreimal Gemüse geerntet. Die Dachgartenenthusiasten meinen, das Kresty-Gefängnis könne jedes Jahr gute Ernten hervorbringen. Die Gärten des städtischen Gefängnisses warfen so reiche Gemüseernten ab, dass nicht nur die Versorgung im Sommer gesichert war, sondern außerdem Gemüse für den Winter getrocknet und eingelagert werden konnte.

Ohne die Unterstützung und die finanzielle Hilfe von Seiten der örtlichen Behörde und internationaler Organisationen ist es allerdings unwahrscheinlich, dass die Zahl der Dachgärten in der Russischen Föderation schnell genug wächst.

Gewonnene Erkenntnisse

Die Mitglieder des Städtischen Gartenvereins haben begriffen, dass es vor allem darum geht, ihren russischen Landsleuten beizubringen, wie sich eine ausgewogene Ernährung zusammensetzt. „In diesem Land sind Lebensmittel nicht nur für die Armen ein Problem“, sagt der Ökologe Alexander Gawrilow, der bei der Gründung des Städtischen Gartenvereins eng mit Alla zusammenarbeitete. „Nur wenige Leute scheinen zu wissen, welche Lebensmittel gesund sind.“

Gawrilow würde es gerne sehen, wenn der russischen Bevölkerung durch eine stadtweite Kampagne der Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit klar gemacht würde. „Wir müssen einen preiswerten Ernährungsplan ausarbeiten, der zeigt, dass es sich selbst Leute mit niedrigem Einkommen leisten können gesund zu essen. Beispielsweise indem man Kuchen und Plätzchen durch Lebensmittel mit höherem Nährstoffgehalt ersetzt“, erklärt er.

Alla Sokol zeigt Natalja, wie man Bohnensprossen zieht



Durch diese Art von Aufklärungskampagne könnten der Bevölkerung auch Gemüsesorten näher gebracht werden, die in den Wintermonaten leicht anzubauen wären, wenn frisches Obst und Gemüse knapp sind. Ein Beispiel ist Chicoree, der in vollkommener Dunkelheit – wie beispielsweise im Keller eines Gebäudes – gezogen werden kann. Der Städtische

Gartenverein baute dieses Gemüse im Jahre 2000 probenhalber an und verteilte es an die Bevölkerung. Problematisch dabei ist, dass die Samen aus den Niederlanden importiert werden müssen und deshalb teuer sind. Eigentlich wäre es jedoch nicht schwierig, dieses Problem zu lösen, denn das

Die hängenden Gärten von St. Petersburg

Wawilow-Institut in St. Petersburg verfügt über Samen für 200 verschiedene Chicoree-Sorten.

„Wir müssen uns einfach daran gewöhnen, Chicoree zu essen.“ sagt Olga Zwerewo, Wissenschaftlerin am Wawilow-Institut. „Dann könnten wir leicht preiswert große Mengen produzieren.“

Eine weitere Möglichkeit sind Bohnensprossen, die in den Supermärkten des Westens zum normalen Warenangebot gehören. In der Russischen Föderation besteht jedoch immer noch keine Nachfrage danach. Alla hat ein Faltblatt über Bohnensprossen entworfen und einigen Mitbewohnern gezeigt, wie sie zu Hause in einem Glas Sprossen ziehen können. Sie weiß jedoch, dass man Bohnensprossen in großem Stil im ganzen Land populär machen müsste.

Dies könnte sie in Zusammenarbeit mit dem Agrophysikalischen Forschungsinstitut von St. Petersburg tun. „Jede Sprosse enthält eine große Bandbreite an Nährstoffen“, erklärt der Wissenschaftler Witalij Sudakow. Alla schildert, wie man Bohnensprossen populär machen könnte:

Wir haben zwar die Technologie zur sicheren Produktion großer Mengen von Sprossen entwickelt, können aber eine solche Produktion nicht finanzieren. Es ist geplant, am Institut ein Zentrum für Lebensmittelforschung einzurichten, um Ernährungsberatern an Schulen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Stadt Gemüse, Bohnensprossen und Chicoree nahe zu bringen. Es besteht die Hoffnung, dass durch diese Art von Aufklärung eine stärkere Nachfrage nach beiden Produkten geschaffen werden könnte.

Alla erklärt außerdem, dass dieses sich selbst finanzierende Zentrum für eine umfassende Sprossenproduktion eingerichtet werden könnte. Eine Anschubfinanzierung von 26 000 US-\$ wäre allerdings notwendig, um das Zentrum zwei Jahre lang betreiben zu können. Mit weiteren 17 000 US-\$ könnte der Verein außerdem mit dem Wawilow-Institut zusammenarbeiten, um große preiswerte Mengen an Chicoree zu produzieren, die an Krankenhäuser, Schulen und andere Einrichtungen verkauft werden könnten.

All diese Pläne sind ehrgeizig. Doch auch der Plan, den ersten Dachgarten von St. Petersburg anzulegen, war zu seiner Zeit ehrgeizig. Alla Sokol und ihr Team sind entschlossen, weiterhin an der Erreichung ihrer Ziele zu arbeiten. Sie sind überzeugt, dass sie dazu beitragen können, die Ernährung der bedürftigsten Menschen ihrer Gesellschaft – und damit auch deren Gesundheit – zu verbessern.

Fallstudie 11

Kombinierte soziale Unterstützung und Gesundheitsversorgung in benachteiligten Gebieten: die Bürgerberatungsstelle (CAB) von Blackpool, Vereinigtes Königreich

Sigrún Davídsdóttir

Jahrzehntlang war die Küstenstadt Blackpool an der Irischen See ein beliebter Badeort der Engländer. Als jedoch mehr und mehr Reisende Urlaubsziele im Ausland per Charterflug ansteuerten, verlor die Stadt an Attraktivität. Es zeigten sich die üblichen Anzeichen des wirtschaftlichen Abschwungs: niedrigere Besucherzahlen, Rückgang des Saisongeschäfts, weniger Gäste in Pensionen, Hotels und sonstigen touristischen Einrichtungen. Manche Betriebe mussten schließen. Noch merken die 153 000 Einheimischen zwar den Unterschied zwischen der ruhigen Wintersaison und den turbulenten Monaten im Hochsommer, doch die neue Erfahrung von Armut und Vernachlässigung zeigt den Niedergang des örtlichen Tourismus – das wirtschaftliche Rückgrat der Stadt ist gebrochen.

Viele Bürger sind aus anderen Gegenden Großbritanniens nach Blackpool gezogen, weil sie Saisonjobs suchten, aber es gibt weit weniger Arbeit als früher. Nach Aussage von John Dempsey, Allgemeinmediziner und Projektmitarbeiter der Blackpoolscher Bürgerberatungsstelle (Citizens Advice Bureau (CAB)), zieht die Stadt auch viele Arbeitslose an. „Es ist angenehmer, hier an der See arbeitslos zu sein als in einer weniger reizvollen Gegend“, meint er. Das heißt jedoch, dass in Blackpool auch die mit Arbeitslosigkeit einhergehenden sozialen Probleme wie Drogenkonsum, Alkoholismus, Armut und Entbehrung Einzug halten.

Die Ursachen von Krankheiten erkennen

Der Zusammenhang zwischen Stress und Krankheit ist bekannt, wobei er sich nicht nur auf benachteiligte Gegenden beschränkt. Viele Allgemeinmediziner in Blackpool meinten jedoch, dass sie zuviel Zeit damit verbrächten, Symptome zu kurieren, die im Grunde genommen keine medizinischen Ursachen haben. Im Gespräch mit den Patienten stießen sie immer wieder auf gesundheitliche Probleme wie Schlafstörungen und Depressionen, die auf Schuldensorgen oder andere soziale Probleme zurückzuführen waren. Die Ärzte konnten die Symptome ganz oder teilweise kurieren, doch gegen die eigentliche Ursache waren sie machtlos. „Allgemeinmediziner haben keine Ausbildung in nicht medizinischen Bereichen wie Schuldnerberatung, daher meinen sie, dass sie keine konkrete und aktuelle Beratung bieten können“, sagt Carol Goodier, Primary Care Development Manager beim Gesundheitsamt North West Lancashire. Das bedeutet natürlich nicht, dass die Ärzte die Probleme ignorieren.

Die Beobachtungen der Ärzte führten zu dem Versuch herauszubekommen, wie die nicht medizinischen Ursachen von Gesundheitsproblemen reduziert oder beseitigt werden könnten. Nach sorgfältiger Erwägung verschiedener Möglichkeiten, wie z. B. der Errichtung einer Beratungsstelle im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS), entschied man sich für das Zusammengehen mit der örtlichen Bürgerberatungsstelle, einer anerkannten britischen Wohltätigkeitsorganisation, die ihren Klienten eine unabhängige Beratung zu allen vorgebrachten Problemen anbietet. „Nach dreißig Jahren Beratungstätigkeit werden mir noch immer Fragen gestellt, die mir bislang nicht untergekommen sind“, meint Dempsey.

Der Vorteil für die Patienten bestand darin, dass die Beratung zu ihren Sorgen und Nöten vielfach die Ursachen ihrer Gesundheitsprobleme zu beseitigen half. Die Ärzte konnten sich dagegen auf die gesundheitlichen Aspekte konzentrieren und brauchten sich nicht mehr mit Dingen zu befassen, die nicht in ihren Aufgabenbereich fielen. Das führte automatisch dazu, dass mehr Zeit für die gesundheitliche Betreuung der Patienten zur Verfügung stand. Goodier merkt an: „Aufgrund der Anforderungen an den NHS ist es oft schwierig, im Rahmen des Gesundheitswesens Mittel für die Förderung nicht-medizinischer Projekte zu bekommen. Abgesehen davon, dass die praktischen Ärzte dadurch mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit zur Verfügung hatten, hatte die Kooperation mit der CAB auch vorbeugende Wirkung.“ Der NHS fördert das Projekt derzeit mit 56 579 £ pro Jahr, womit die Gehälter von drei Mitarbeitern sowie beschränkt Reise- und andere projektbezogene Kosten gedeckt werden.³⁰

³⁰ *Citizens Advice Bureau (CAB) workers in GP practice*. Blackpool, Blackpool Primary Care Group, North West Lancashire Health Authority, 2001. Alle anderen Angaben stammen von Carole Sharrock, Projektleiterin, Blackpool Primary Care Group.

Alles unter einem Dach: Finanzielle, gesundheitliche und psychologische Probleme werden gleichzeitig angegangen

Die Blackpool-Initiative, die Beratung zu sozialen Problemen anbietet, lässt erkennen, dass sich die im Gesundheitswesen Tätigen zunehmend der Tatsache bewusst werden, dass gesundheitliche Symptome und soziale Probleme, insbesondere unter Armen, eng miteinander verknüpft sind. Die Blackpooler Gesundheitsbehörde wandte sich 1997 an die niedergelassenen Ärzte mit der Frage, was getan werden könne, um sie zu entlasten. Es stellte sich heraus, dass die Ärzte nicht nur über Systemmängel klagten, sondern auch das Gefühl hatten, viel Zeit für Patienten aufbringen zu müssen, deren Probleme keine gesundheitliche Ursache hatten. Die Allgemeinmediziner mussten den Patienten häufig helfen, Anträge auf Sozialleistungen auszufüllen, obwohl sie der Meinung waren, dass sie dafür eigentlich nicht die Richtigen wären.

Die Schwierigkeit schien darin zu bestehen, dass sich viele Leute trotz ihrer akuten Probleme die sowohl im Sozialsystem bestehenden wie von anderen Gruppen angebotenen Beratungsmöglichkeiten zu finanziellen Fragen oder Beihilfemöglichkeiten nicht in Anspruch nahmen. Stattdessen führten diese sozialen Probleme – zuweilen aufgrund von Unwissenheit, aber auch wegen des mit der Bitte um finanzielle Hilfe vermeintlich verbundenen Stigmas – zu gesundheitlichen Folgen, mit denen die Patienten dann zum Arzt kamen. Die Ärzte ihrerseits erkannten durchaus, dass sie es hier mit schweren Problemen zu tun hatten, waren jedoch nicht in der Lage sie zu lösen.

Im Gesundheitssystem zögert man (verständlicherweise), andere als medizinische Projekte zu finanzieren. Diese Initiative wurde zunächst probeweise in zwei der ärmsten Stadtbezirke von Blackpool gestartet und von der Universität Central Lancashire ausgewertet. Auf Grundlage der Daten aus diesem Pilotprojekt dehnte die Blackpool Primary Care Group (PCG) der Gesundheitsbehörde von North West Lancashire den Dienst auf vier zentrale Bezirke und zwei große Siedlungen mit Sozialwohnungen, die ärmsten Gegenden von Blackpool, aus. Damit wollte man sozusagen alles unter einem Dach vereinen und gesundheitliche, soziale und psychologische Probleme gleichzeitig angehen.

Eines ist jedoch der Hinweis, dass ein Arzt seine Zeit mit der Lösung sozialer anstelle gesundheitlicher Probleme verbringt, etwas anderes dagegen die Konzeptionierung eines geeigneten und nützlichen Dienstes, der dazu beitragen kann, die Probleme der Patienten von ihren Wurzeln her anzugehen. Man erwog mehrere Möglichkeiten, letztlich beschloss die PCG von Blackpool jedoch, mit der örtlichen CAB-Stelle zusammenzuarbeiten und festzulegen, welche konkrete Rolle man bei der Lösung dieser nicht gesundheitlichen Probleme übernehmen würde.

Das Citizens Advice Bureau (CAB) ist ein landesweiter Verbund von Beratungsstellen, die wie die meisten Wohltätigkeitsorganisationen mit ehrenamtlichen Mitarbeitern besetzt sind. Inzwischen hält man es jedoch für erforderlich, bezahlte Kräfte einzustellen, die sich sachkundig um die Lösung immer komplizierterer Probleme der Ratsuchenden bemühen und eine einheitlichere und verlässlichere Beratung anbieten können. Die PCG finanziert das CAB im Rahmen des Blackpool-Projektes. Hier erhalten Ratsuchende eine kostenlose, vertrauliche und unabhängige Beratung. Die Kostenlosigkeit ist entscheidend, weil Patienten eine professionelle Beratung häufig nicht zahlen können, und Unabhängigkeit findet man nur selten. Wie Dempsey betont, bieten nur wenige Stellen eine Beratung an, die nicht den Interessen Dritter dient. Im Allgemeinen wenden sich Personen primär an das CAB mit Problemen wie Schulden oder Beihilfen; die Angelegenheiten, um die sich das CAB in Blackpool kümmert, sind da keine Ausnahmen.

Das CAB wurde als Partner für dieses Projekt ausgewählt, weil es sich hier um eine anerkannte, seit vielen Jahren bestehende Organisation handelt, die sich fachmännisch um die Lösung von Problemen kümmert, die von den Ärzten als lösungsbedürftig angesehen werden. Die Herausforderung für das relativ kleine CAB von Blackpool bestand darin, aus einem überfüllten und unmodernen Büro herauszukommen, in dem sich die Arbeit in den vergangenen zwanzig Jahren nur wenig geändert hatte. Dieses Projekt eröffnete dem CAB die Chance, seine Dienste in anderer Umgebung anzubieten und auf die Menschen zuzugehen, die zwar Beratung benötigten, aber zuvor nicht um Hilfe gebeten hatten.

Ein weiterer Vorteil für das CAB war, dass die Finanzmittel in Blackpool nun nicht überwiegend aus einer Quelle (dem örtlichen Stadtrat) stammten, sondern ein wichtiger neuer Partner (der NHS) involviert war. Von Anfang an war klar, dass diese Partnerschaft nicht nur die Sachkenntnis des örtlichen CAB erweitern würde, sondern dies auch landesweit für andere CAB interessant sein könnte. Insgesamt bedeutete das, dass die CAB-Beratungsstelle ihr Personal um eine Vollzeitkraft und zwei Teilzeitkräfte aufstocken konnte.

Lösung der gesundheitlichen und sozialen Probleme der Menschen

Dieser Dienst unterscheidet sich in der Praxis recht deutlich von den ursprünglichen Zielen des CAB. Ursprünglich sollte es nämlich nur ein Informationsbüro sein. Es sollte Probleme nicht lösen, sondern den Leuten nur sagen, wo sie Rat und Hilfe finden konnten. In der Praxis bietet das CAB nun einen umfassenden Service mit ganzheitlichem Ansatz an: Es werden möglichst viele Angelegenheiten geregelt. Das Leistungsangebot wurde erweitert, weil es die Klienten als schwierig empfanden, mit ihren Problemen von einer Stelle zur

nächsten gehen zu müssen. Deshalb geht das CAB-Team jetzt anders vor und begleitet seine Klienten, bis die Probleme endgültig gelöst sind.

Das Blackpooler CAB-Team bietet Sprechstunden in mehreren Arztpraxen an. Die Patienten werden überwiegend von niedergelassenen Ärzten oder Pflegefachkräften an das CAB überwiesen. So werden Leute, die den CAB-Dienst bisher nicht in Anspruch genommen haben, nun dazu ermutigt. Damit kann das CAB-Team nicht nur seinen Erfahrungshorizont erweitern, sondern auch Klienten aus den sozial schwächsten Bevölkerungsgruppen erreichen, die früher nicht gekommen wären.

Die Gründe für den bisherigen Widerstand scheinen unterschiedlich zu sein, der wichtigste dürfte aber wohl gewesen sein, dass sich viele Bürger schämen, die zentrale CAB-Geschäftsstelle aufzusuchen. In der Vergangenheit mochten viele nicht gern auf dem Weg dahin gesehen werden, aber nun sitzt der CAB-Mitarbeiter in der Praxis und man sieht nicht, dass der „Patient“ eigentlich wegen der Beratung kommt. Carol Sharrock, Projektleiterin der Blackpooler PCG sagt: „Patienten befinden sich in ihnen bekannten Räumlichkeiten und könnten den Arzt, die Krankenschwester oder den CAB-Mitarbeiter aufsuchen. Mit anderen Worten: Es herrscht Anonymität. Die Tatsache, dass der Arzt dem Patienten empfiehlt den CAB-Mitarbeiter aufzusuchen, legitimiert den Service. Der Arzt sagt das, also muss es okay sein!“

Das Wissen um dieses Stigma beeinflusst die Art und Weise, wie das CAB und die PCG über die Dienste informieren. „Es ist sinnlos, einfach nur Informationsplakate aufzuhängen, weil viele nicht gesehen werden wollen, wenn sie sie lesen. Es ist besser, Broschüren an weniger öffentlichen Stellen auszulegen. Das CAB-Team hat herausgefunden, dass Toiletten ein sinnvoller Platz hierfür sind“, merkt Sharrock lächelnd an. Das Büro kann seine Erfahrungen mit dem zielgerichteten Leistungsangebot weitergeben und so umfassender mit anderen Stellen in der Region zusammenarbeiten.

Vom Pilotprojekt zum umfassenden Service

Das Projekt, das Ende Januar 1998 als Pilotprojekt begonnen hatte, war für die Dauer eines Jahres angesetzt. Anfangs wurde „CAB in Arztpraxen“ in fünf Blackpooler Praxen mit neun zweistündigen Sprechstunden angeboten. Die Gesundheitsbehörde von North West Lancashire ließ das Projekt begutachten. Diese Aufgabe wurde von Professor Alan Gillies von der Universität Central Lancashire übernommen. Das Projekt gibt ebenso wie der Informationsbericht vom Blackpooler PCG einen guten Einblick in alle Aspekte des Services. Das Gutachten ist sehr positiv, und es wurden keine besonderen Probleme oder Mängel festgestellt.

Aufgrund der positiven Ergebnisse von Prof. Gillies und des positiven Echos der im Gesundheitswesen Beschäftigten, wurde beschlossen, den Service beizubehalten und auszuweiten. Die Hauptbedenken waren, wie man die Bedürftigsten erreichen könne und wie die Kosten des Services gedeckt werden können. Inzwischen werden in neun Blackpooler Praxen 17 zweistündige Sprechstunden angeboten. Der neue Vertrag hat eine Laufzeit von dreieinhalb Jahren, beginnt am 1. Oktober 2000 und endet am 31. März 2004. Die PCG finanziert das Projekt mit jährlich 56 579 £. Der Betrag deckt die Gehälter von drei Mitarbeitern, darunter einer Vollzeitkraft, sowie Lehrgänge, Bürokosten, Referenzmaterial und Dienstreisen.

Schulden und der „Leistungsdschungel“

„Schulden sind das häufigste Problem“, stellt Dempsey fest. Er führt dies aus und erklärt, dass Banken und Finanzinstitute jahrelang überaus großzügig mit der Vergabe von Darlehen und Kreditkarten gewesen seien, was Kreditnehmer und Karteninhaber sehr schnell in die Schuldenfalle getrieben habe.

Ein Patient, der wegen Schlaflosigkeit einen Arzt aufsucht, ist möglicherweise gar nicht krank, sondern ihn hält der Gedanke an den Gerichtsvollzieher wach, der bald vor seiner Tür stehen könnte. In diesem Fall kann der Arzt vielleicht den Grund der Beschwerden herausfinden, aber das Problem nicht beheben. In den Blackpooler Praxen, in die die CAB-Mitarbeiter integriert sind, kann der Arzt den Patienten dagegen zum CAB-Team schicken und mögliche Fortschritte verfolgen, d. h. prüfen, ob der Patient nun wieder gut schlafen kann, weil er den Gerichtsvollzieher nicht mehr zu fürchten braucht.

Weitere wirtschaftliche Schwierigkeiten entstehen durch das Sozialhilfesystem. In Großbritannien wird die finanzielle Situation von Sozialhilfeempfängern oft genau geprüft, was immer kompliziertere Antragsformulare und eine Unmenge möglicher Leistungen zur Folge hatte – der Antragsteller muss allerdings wissen,

Von links nach rechts: John Dempsey (CAB), Carole Sharrock (PCG) und Carol Goodier (Gesundheitsbehörde)



was er will und wo er sich hinzuwenden hat. Durch diesen Leistungsdschungel findet man sich nur mit erheblicher Sachkenntnis durch, die ein durchschnittlicher Antragsteller meist nicht besitzt. Das in Praxen arbeitende CAB-Team verbringt viel Zeit damit, Patienten die verschiedenen Leistungen zu erklären und für sie die richtigen Anträge auszufüllen.

Laut Dempsey beantragte das CAB im Jahr 2001 für seine Patienten ca. 150 000 £. Im ersten Jahr des Projekts kamen 215 Klienten, was zu Prüfungen von 1233 Angelegenheiten führte – und den Klienten 106 000 £ einbrachte. Von April 2001 bis März 2002 beriet man insgesamt 3554 Klienten. Die Zahlen belegen deutlich die Popularität des Services.

Nach Aussagen in Klientenfragebögen hat das Projekt das Leben der Klienten erheblich verändert. Bei Beantwortung des Fragebogens dankten manche sogar bestimmten CAB-Mitarbeitern, z. B.: „Immer freundlich“ und „Ich hatte mehrere Gründe, Ihre Stelle aufzusuchen und alle Probleme sind gut gelöst worden.“ Auf die Frage, ob das Angebot aus Sicht der Klienten irgendwie verbessert werden könnte, lautete eine Antwort: „Nein, ich meine, alles ist jetzt bestens und kann mich über nichts beklagen.“ Auf die Frage, ob sie die Stelle weiterempfehlen würden, wurde u. a. wie folgt geantwortet: „Die Mitarbeiter beraten und helfen wie versprochen und helfen auch das Probleme zu lösen.“

Dempsey erklärt, dass die Überweisungen primär von Arztpraxen kommen, aber es kommen auch viele Klienten auf Empfehlung anderer Klienten. „Es erscheinen nun oft Mitglieder derselben Familie; das lässt auf Zufriedenheit schließen.“ Er fügt lächelnd hinzu: „Man sagt uns sogar nach, wir hätten magische Kräfte.“ Dempsey und seine Kollegen ruhen sich aber nicht auf ihren Lorbeeren aus, sondern denken über Serviceverbesserungen nach. Eine Idee ist der sogenannte „Buddy“-Service: Muss jemand zu einer anderen Stelle, wird er von einem „Kumpel“ (= buddy) begleitet, sodass er nicht auf sich allein gestellt ist.

Der NHS hat dem Service den sog. „Leuchtturm-Status“ verliehen, d. h. er wurde als vorbildliche Einrichtung ausgezeichnet. Er ist eines von elf Projekten, die auf der NHS-Website vorgestellt werden. Sharrock hebt hervor, dass die PCG seit Verleihung der „Leuchtturm“-Auszeichnung verschiedene Gesundheitsorganisationen, CAB-Mitarbeiter und Sozialhelfer nach Blackpool zur Teilnahme an Workshops eingeladen hat. Mit jeweils zwanzig Teilnehmern hat die PCG bisher vier Workshops und diverse andere Veranstaltungen durchgeführt, z. B. einen PR-Stand eingerichtet und bei einer vor kurzem abgehaltenen landesweiten Konferenz zum Thema Primärversorgung einen Vortrag gehalten. PR-Maßnahmen zielten insbesondere auf Organisationen, die in (von der britischen Regierung als solche definierten) benachteiligten Gebieten arbeiten, andere

PCG-Gruppen, Primary Care Trusts und das CAB. Öffentlichkeitsarbeit wurde auch bei NHS-Veranstaltungen geleistet.

Gewonnene Erkenntnisse

„Ein Service dieser Art könnte überall in Großbritannien eingerichtet werden und Änderungen bewirken“, sagt Dempsey. Abgesehen von einer guten Vorbereitung, liegt der Schlüssel zum Erfolg in einer sorgfältig abgestimmten Zusammenarbeit zwischen dem CAB und den im Gesundheitswesen Beschäftigten. Die praktischen Ärzte waren der Ansicht, dass diese Dienste gebraucht würden und sachgerecht seien.

Auf die Frage, worauf andere bei der Einrichtung eines solchen Dienstes gefasst sein sollten, sind sich Dempsey, Goodier und Sharrock einig, dass sie über den langsamen Anlauf überrascht gewesen seien. Es brauchte etwas Zeit, bis die ersten Klienten kamen. Dann jedoch wurde der Zulauf stetig größer. Bald wurden die Ärzte gebeten, sich ihre Überweisungen gründlich zu überlegen und nur Patienten zu überweisen, die von der CAB-Beratung wirklich profitieren konnten.

Von Anfang an dachte man daran, wie man das Projekt bekannt machen konnte. Es war wichtig, dass mögliche Klienten davon erfuhren. „Die lokalen Radiosender und Zeitungen sind für den Anfang sehr wichtig“, merkt Sharrock an. Dann werden Broschüren ausgeteilt, denen zu entnehmen ist, wie der Service funktioniert und wie man an ihn herankommt. Es bestand auch von Anfang an das Interesse, das Projekt bei anderen bekannt zu machen, die dadurch zu ähnlichen Projekten angeregt werden könnten.

„Die Zusammenarbeit mit der PCG heißt, dass das CAB seine Dienste dort anbieten kann, wo sie am meisten gebraucht werden, nämlich unter Bevölkerungsgruppen, die normalerweise nicht um Hilfe bitten, wie ältere Bürger“, meint Dempsey. Ohne diese Flexibilität würde man die Bedürftigsten nicht erreichen.

Fallstudie 12

„Fit for Work“: Verknüpfung von Stadtsanierung und Gesundheit in Newham, London

Sigrún Davídsdóttir

Steigt man am Bahnhof Stratford im Londoner Bezirk Newham aus dem Zug, sieht man nicht sofort, dass Newham eine der ärmsten englischen Gegenden ist. Das Einkommensniveau in Newham ist jedoch extrem niedrig, Arbeitslosenquote, Verschuldung und Zahl der Obdachlosen sind besonders hoch und die Wohnsituation ist eher dürftig. Newham hat zudem in Großbritannien den zweithöchsten Prozentsatz an Familien mit kleinen Kindern: Mehr als 32% der Familien haben Kinder unter 16 Jahren. Über 13% der Bewohner sind Rentner. Angesichts des klaren Zusammenhangs zwischen Armut und Arbeitslosigkeit einerseits und defizitärer Gesundheit andererseits, überrascht es nicht, dass der Gesundheitszustand der Newhamer Bürger allgemein schlecht ist.³¹

In den vergangenen zehn Jahren wurde die Gegend um den Bahnhof im Zentrum von Newham mit öffentlichen Mitteln saniert. Seit 1997 ist das Thema Gesundheit für die Sanierung der Gegend zunehmend wichtiger geworden. Erneuerungsprogramme sind im Vereinigten Königreich zwar durchaus üblich, doch mit dem Projekt „Fit for Work“ (FFW), das auf fünf Jahre angelegt und das erste seiner Art ist, wird versucht, Gesundheit und Sanierung zu verknüpfen. Das hieß, dass verschiedene Bereiche – ohne gemeinsame Sprache, Bezugspunkte oder Schwerpunkt – lernen mussten zu kooperieren, um eine kohärente Grundlage für das Projekt zu schaffen.

Dem Projekt fließen 3,7 Mio. £ vom Single Regeneration Budget Challenge Fund (SRB) zu, der vom britischen Ministerium für Verkehr, Kommunale Selbstverwaltung und die Regionen verwaltet wird. Die folgenden fünf Ziele bilden den Rahmen des FFW.

³¹ *Fit for work. Newham Health Partnership. Delivery plan year 5 – 2001/2002.* London, Stratford Development Partnership Limited, 2002.

1. Bereitstellung von Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor
2. Aufbau und Ausbau von Unternehmen
3. Verbesserung der Gesundheit und des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten
4. Integration der Versorgung
5. Öffentlichkeitsarbeit

Diese fünf Ziele wurden mit Blick auf die Regierungspolitik und die strategischen SRB-Ziele der Regierung formuliert, um die Finanzierung und nötige Unterstützung zu erleichtern. Im Rahmen dieser Zielsetzung laufen zwölf wichtige FFW-Projekte.³²

Dem Projekt liegt die Überlegung zugrunde, dass der Gesundheitssektor eine Branche wie jede andere ist und folglich in der Gegend auch eine wichtige Wirtschaftskraft darstellt. Als solche kann diese Branche ein leistungsfähiges Instrument sein und entscheidende Veränderungen bewirken, und zwar nicht nur in puncto wirtschaftlicher Entwicklung, sondern auch im Hinblick auf die Gesundheit.

Von daher wird versucht, mit FFW zwei wichtigen Problemen der Gegend abzuhelpen, nämlich den vielen unbesetzten Stellen im Gesundheitsbereich und der hohen Arbeitslosigkeit. Mit dem FFW-Projekt sollen diese Probleme unterschiedlich angegangen werden, wie z. B. indem Schulungskurse für die Beschäftigung im Gesundheitssektor angeboten werden und indem der Gesundheitssektor angehalten wird, vor Ort ansässige Firmen und Dienstleister bei Aufträgen und Einkäufen zu berücksichtigen. Die Wirtschaftskraft des Gesundheitssektors soll zur Schaffung von Arbeitsplätzen genutzt werden. Da der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Überlastung der lokalen Gesundheitseinrichtungen bekannt und nachweisbar ist, kann eine geringere Arbeitslosigkeit für das Gesundheitssystem nur förderlich sein.

Einbindung neuer Akteure

Die drei Haupttriebkräfte des FFW-Projekts sind seine wichtigsten Partner:

- Newham Primary Care Trust – eine vom Staat finanzierte Organisation, die im Gesundheitssektor tätig ist,
- Newham Council – die kommunale Selbstverwaltungsbehörde und
- Stratford Development Partnership Ltd. (SDP) – eine Organisation für soziales Unternehmertum / Management und Entwicklung gemeinnütziger Projekte.

³² Die Projekte sind im Anhang auf den Seite 158–161 aufgeführt.

Das FFW-Projekt wird zwar hauptsächlich durch öffentliche Gelder finanziert, verknüpft jedoch nicht nur den staatlichen und den privaten Sektor, sondern auch nichtstaatliche Organisationen (NGOs) und sonstige gemeinnützige Einrichtungen. Die im Rahmen des FFW laufenden Einzelprojekte werden zusätzlich zu den FFW-Mitteln durch eine vielfältige Mischfinanzierung aus dem privaten und öffentlichen Sektor realisiert. Ein weiterer wichtiger Partner ist der King's Fund, eine forschungsorientierte Denkfabrik und unabhängige Wohlfahrtsorganisation, deren Ziel die Verbesserung von Gesundheit ist. Der King's Fund spielt eine entscheidende Rolle, er hilft bei der Auswertung und berichtet über die gute Arbeit des FFW-Programms.

Stephen Jacobs, Chief Executive von SDP, macht deutlich, dass der Gesundheitssektor wirklich etwas bewirken kann. Er kann sich gut vorstellen, dass die Branche von ihrer ausschließlichen Aufgabe als Erbringer gesundheitlicher Leistungen abrücken könnte.

Es gibt viele unbesetzte Stellen in dieser Region mit hoher Arbeitslosigkeit, warum also dies nicht verbinden? ... Im Gesundheitswesen geht es nicht nur um eine Verbesserung von Gesundheit; die Branche muss erkennen, dass sie eine entscheidende Wirtschaftskraft darstellt, die Arbeitsplätze für Menschen schaffen kann, die ansonsten wegen Arbeitslosigkeit erkranken könnten. ... Wir möchten den Gesundheitssektor als Industrie sehen. Auf diese Weise ist es einfacher, die nötigen Mittel zu beschaffen und die ernstesten Probleme anzugehen. ... Außerdem betreuen die Gesundheitseinrichtungen die ethnischen Minderheiten eher schlecht, d. h. die Angehörigen ethnischer Gruppen bekommen tendenziell einen schlechteren Service.

Aber der Gesundheitssektor kann die sozialen Probleme nicht allein angehen – Partner sind gefragt. „Die Branche tendiert dazu, sich nicht nach außen zu orientieren“, meint Jacobs, der darauf hinweist, dass die idealen Partner für die Gesundheitsdienste z. B. nichtstaatliche und gemeinnützige Organisationen wären.

Die Vorteile wären eindeutig. Kommentar von Jacobs: „Haben die Menschen Arbeit, benötigen Sie keine Sozialhilfe mehr; der Staat profitiert von Steuereinkünften und spart zugleich an Sozialleistungen. Zudem werden die Gesundheitseinrichtungen weniger in Anspruch genommen. Das Ganze ist also ein Gewinn für beide Seiten.“ (Kasten 3).

Bei der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit ist allerdings mehr als das Gesundheitswesen gefragt. „Wir beteiligen am FFW-Projekt andere Akteure, wie z. B. die örtlichen Behörden und Arbeitsämter, die vielleicht gar nicht wissen, dass sie zu einer besseren Gesundheit beitragen können“, meint Jacobs. „Wir bringen diese Akteure zusammen und gehen so die wichtigsten sozialen Anliegen wie

Kriminalität und Sicherheit an, weil diese Faktoren wiederum durch höhere Beschäftigung, bessere Bildung und Gesundheit beeinflusst werden. Auf alle diese grundlegenden Anliegen gehen die FFW-Projekte ein.“

Kasten 3. „Fit for Work“: Auswirkungen im Nahbereich

Das „Fit for Work“ (FFW)-Projekt wurde 1997 begonnen und endete 2002. In diesem Zeitraum wurde laut Bericht vor allem Folgendes erreicht:

- Es wurden fast 350 Arbeitsplätze geschaffen und weitere 350 Arbeitsplätze infolge staatlicher Investitionen gesichert;
- 400 Personen, die an FFW-Bildungsmaßnahmen teilgenommen hatten, haben sich offiziell qualifiziert;
- 450 Einwohner bekamen durch die FFW-Projekte einen Arbeitsplatz;
- 500 Einwohner fanden nach Abschluss von FFW-Kursen einen Arbeitsplatz;
- Tausende von Newham-Schülern profitierten von Initiativen, durch die der Bevölkerung die Gesundheit junger Menschen stärker ins Bewusstsein gerückt wurden;
- 100 neue Unternehmen wurden mit Hilfe und Unterstützung von FFW-Mitteln gegründet;
- 700 Unternehmen nahmen Beratung und Hilfe von FFW-Projekten in Anspruch;
- 25 000 Einwohner konnten neue Gesundheits-einrichtungen nutzen und über

Quelle: Stratford Development Partnership, London, 2002.

„Wir möchten zeigen, dass Gesundheit nicht nur Sache des Gesundheitssektors ist“, sagt Teresa Edmans, Programmleiterin für Gesundheit und Reformen beim King's Fund. „Es gibt andere Akteure in diesem Bereich. Unsere Aufgabe ist es, ihnen zu zeigen, was sie tun und wie sie mit anderen zusammenarbeiten können.“

Geld allein genügt nicht – Umdenken lautet die Parole

Jacobs besteht darauf, den Gesundheitssektor als einen umfassenden Industriezweig zu sehen, eine entscheidende Wirtschaftskraft in den meisten Regionen, häufig der größte Arbeitgeber und Bauherr und ein wichtiger Käufer von Waren und Dienstleistungen, wie z. B. in Newham. „Geht man vom Gesundheitswesen als einer Branche mit Modernisierungsbedarf aus, ist es einfacher, Finanzmittel zu erhalten und ernste Probleme, wie z. B. die schlechte Versorgung von Minderheiten, zu lösen.“ Es sollten jedoch nicht nur die großen Wirtschaftskomplexe als Unternehmen betrachtet werden. Kleinere Einheiten wie Praxen von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Zahnärzten sollten ebenfalls erkennen, dass sie kleine Unternehmen darstellen.

In Newham liegt eine besondere Situation vor. Im Gesundheitswesen sind 15–30% der Stellen unbesetzt. Trotzdem ist die Arbeitslosigkeit hoch. „Das heißt, dass der größte Arbeitgeber der Region nicht genügend Arbeitskräfte bekommt“, stellt Jacobs fest. Dieses Problem soll durch die Einbeziehung anderer Akteure vor Ort und durch neue Denkansätze gelöst werden. „Es ist für die Regierung einfach, mehr Geld zu geben und den Gesundheitseinrichtungen zu sagen, dass sie es anders ausgeben sollen. Im Rahmen des „Fit for Work“-Projekts bauen wir jedoch eine Struktur auf, in der örtliche Behörden, Gesundheitsorganisationen, niedergelassene Ärzte, Firmen und Wohltätigkeitsorganisationen gemeinsam herausfinden, wie sie sich gegenseitig helfen können.“

An dieser Stelle werden die verschiedenen Projekte wichtig. Jedes beruht auf einem neuen Denkansatz und / oder der Zusammenarbeit von Partnern, die andernfalls nicht zusammengearbeitet hätten. Jacobs berichtet vom Programm „Sport auf Rezept“, eines der FFW-Projekte, bei dem die Ärzte im Bedarfsfall anstelle von Schmerzmitteln oder sonst üblichen Maßnahmen Sportübungen im örtlichen Fitness Center verschreiben können. „Mit diesem Projekt werden absolut andere Wege beschritten; man setzt eher auf eine nachhaltige Verbesserung, die kostengünstiger ist als Schmerzmittel.“

Teresa Edmans arbeitete früher in benachteiligten Wohngebieten, in denen Verbesserungen nicht Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern der örtlichen Behörden waren. Ihrer Meinung nach müssen Reformen unter gesundheitslichem Blickwinkel gesehen werden. Es genügte ihr nicht, sich nur mit Einzelprojekten zu befassen. Sie wollte auf politische Entscheidungen Einfluss nehmen und ging deshalb zum King's Fund. Sie möchte, dass aus dem FFW-Projekt mehr wird als eine regionale Initiative. Sie möchte, dass daraus regelrechte Regierungspolitik wird.

Gewonnene Erkenntnisse

Lektion 1: die Trägheit überwinden

Der Schritt vom Einzelprojekt hin zum politischen Alltag ist jedoch ein schwieriges Unterfangen. Auf diesem Weg begegnet man viel Skepsis und zahlreichen Hürden. Aber alle, die die enormen, mit dem FFW-Projekt verbundenen Änderungen mitgetragen haben, wie z. B. Gillian Seabright, Assistant Director of Service Development beim Newham Primary Care Trust, sind überzeugt, dass etwas bewegt wurde. „Früher durfte nicht bekannt werden, wenn wir gegen Regeln verstießen, die wir ändern wollten. Nun kann das viel offener geschehen.“

Man geht fehl, wenn man annimmt, dass erfolgreiche Projekte von innovationsfreudigen Mitarbeitern bereitwillig aufgegriffen werden würden. „Das

Gesundheitssystem ist sehr hierarchisch, provinziell und in Machtbereiche eingeteilt, die die Beteiligten nicht aufgeben wollen“, meint Jacobs. „Gegenüber neuen Ideen ist man im Gesundheitswesen sehr skeptisch.“

Edmans verweist auf das mittlere Management in den Organisationen. „Auf dieser Ebene gibt es viele Hemmnisse. Es werden ungern Risiken eingegangen, Machtbereiche aufgegeben und Aufgabenfelder geändert. Wie können z. B. Pflegende etwas ungelerten Kräften überlassen? Hier geht es um die Veränderung von Verhalten und beruflichen Strukturen.“ Alina Lubinska, Programmleiterin bei SDP, meint, dass die wichtigsten Geldgeber die guten Projekte nicht schnell genug aufgreifen und aus Fehlern lernen.

Das FFW-Programm bot die Möglichkeit, innovative Projekte und Vorgehensweisen zu testen. Es besteht die Gefahr, dass die Projekte ohne weitere Finanzmittel einfach auslaufen und die hier gemachten guten Erfahrungen nicht übernommen werden. So ist das immer: Das Rad muss immer wieder neu erfunden werden – und zwar zu höheren künftigen Kosten, nur weil man unfähig ist, Änderungsbedarf zu erkennen und im Gesundheitssystem Änderungen wirksam umzusetzen.

Jane Woolley, assistierende Programmleiterin bei SDP, betont, dass in der FFW-Partnerschaft Beschäftigte des Gesundheitssektors und andere Personen aus den Führungsebenen der beteiligten Einrichtungen zusammengebracht werden, sodass tatsächlich Änderungen zustande kommen. „Die Liste der Partner hat sich mit der Zeit geändert, weil wir gelernt haben, wen wir dabei haben müssen, damit wirklich etwas geschieht.“

„Das Schöne an der FFW-Partnerschaft ist, dass wir weitreichende Verbindungen haben, sodass wir möglichst überall über unsere guten Erfahrungen berichten können“, stellt Edmans fest.

Lektion 2: kulturelle Hürden nehmen – die Sprache des anderen lernen
Die Finanzierung von FFW-Projekten aus Mitteln des Ministeriums für Verkehr, Kommunale Selbstverwaltung und die Regionen hieß, dass das Geld aus einer Quelle kam, der das Thema Gesundheit fremd war. „Sie wissen dort verständlicherweise nichts über Gesundheit“, sagt Edmans, „also ergab sich eine steile Lernkurve. Sie schreiben ihre Berichte anders als wir im Gesundheitswesen, also mussten Sprachhürden genommen werden, aber sie verstehen etwas von Arbeitsplätzen.“

Da so viele Einrichtungen und Einzelpersonen an den FFW-Projekten beteiligt waren, die weder etwas von Gesundheit wissen noch verstehen, mussten die Gesundheitsfachkräfte ihre eigene Denkweise anpassen, um sich verständlich zu machen. Beispiel: Es ist schwierig, die Bedeutung von „Bau einer Schule“ in

Gesundheitsbegriffe oder „allgemeine Sanierung“ in bessere Gesundheit der Bevölkerung zu übertragen. In dieser Hinsicht, betont Edmans, hat die FFW-Partnerschaft eine kulturelle Wende herbeigeführt, indem kulturelle Hürden genommen wurden. Seabright unterstreicht, dass es für sie sehr hilfreich gewesen sei, auf die Entwicklungsorganisation SDP zurückgreifen zu können, die für sie „übersetzt“ habe. Die Organisation sei der Lage gewesen, zwischen dem Gesundheitswesen und den anderen beteiligten Bereichen zu vermitteln.

Lektion 3: Informationen weiter geben und austauschen

Es schien für die Beteiligten eine Überraschung zu sein, dass sich das Thema Öffentlichkeitsarbeit bereits recht früh als ein wichtiger Faktor herauskristallisierte. Dabei geht es nicht nur darum, die Öffentlichkeit über die Projekte zu informieren, sondern – das ist ebenso wichtig – die Erfahrungen, die gemacht wurden, mit anderen auszutauschen. Man hat den Informationsaustausch viel zu lange nur auf den eigenen Ort beschränkt. „FFW galt als neuer lokaler Schwerpunkt: Das war anfangs richtig, wurde aber zu lange so beibehalten. Wir haben nicht genug Druck gemacht und betont, dass man aus den FFW-Projekten nicht nur hier am Ort, sondern auch ganz allgemein lernen konnte“, meint Seabright. „Ich habe vor allem eines gelernt: Erfahrungen weitergeben und austauschen – und Anerkennung suchen.“

Woolley hebt die Arbeit hervor, die die FFW-Partner derzeit leisten: Sie gehen nach draußen, berichten über die Projekte und demonstrieren, dass sie wirklich funktionieren. Das hat anderen unerwarteten Nutzen gebracht: Jemand, der von FFW gehört hatte, übernahm eines der Projekte in der eigenen Gegend und erhielt kürzlich eine Auszeichnung dafür. „Im Allgemeinen ist das Gesundheitswesen nicht besonders gut in seiner Öffentlichkeitsarbeit“, sagt Seabright. „Der ganze Schwerpunkt lag auf Newham und der lokalen Berichterstattung. Ich verbringe aber etwa 20% meiner Zeit damit, mir die Ideen und Projekte von anderen anzuschauen. Das wird selten erwähnt, man sollte es aber tun. Wir geben anderen sehr viele Tipps.“

Zwecks Einflussnahme auf die Regierungspolitik und Erhalt von Fördermitteln, betont Woolley, sei es entscheidend zu wissen, was die Regierung für Ziele hat, sich in den Prozess frühzeitig einzuschalten und sich nach Interessenten umzuschauen, die sich am Projekt beteiligen könnten. „Wir kennen nun die Ziele der Regierung und haben die Projekte danach ausgerichtet. Es wurden etwa 30–40 Projekte vorgelegt. Die FFW-Partner haben alle Projekte begutachtet und die geeignetsten ausgewählt.“

Woolley hat das Gefühl, dass FFW einen erheblichen Effekt gehabt hat, da aber nicht von Anfang an gezielte Informationsarbeit betrieben worden sei, lasse sich das nur schwer nachweisen. „Sie sollte fester Bestandteil des Projektes sein“,

meint sie. Es fragt sich auch, wie die Öffentlichkeitsarbeit ausgerichtet werden sollte: Soll man sich vor allem an die breite Bevölkerung am Ort oder die nationale Öffentlichkeit wenden, auf den Gesundheitssektor oder auf andere relevante Bereiche abzielen? „Fit for Work“ hat hierauf keine Antwort, da Öffentlichkeitsarbeit nur nebenbei betrieben wurde. Der grenzüberschreitende Charakter des Projekts macht es noch schwerer zu entscheiden, wer die Zielgruppe sein sollte. Woolley merkt an, dass man, weil es sich eigentlich um ein Sanierungsprojekt handelte, versucht habe, die entsprechenden Medien dafür zu interessieren. „Aber bei Sanierungsvorhaben sind die großen Posten wie Baukosten interessanter als die Gesundheit.“

Anhang: Einzelprojekte im Rahmen von „Fit for Work“

Mit FFW sollen nicht nur Arbeitsplätze geschaffen und erhalten werden, sondern man will auch Arbeitsplätze schaffen, die Menschen die Chance geben (a) Arbeit zu finden, und (b) Fortbildungskurse zu besuchen und bessere Stellen zu finden. Die Projekte wurden vom Staat finanziert und stehen allen örtlichen Organisationen, Institutionen und Unternehmen im Bezirk offen, haben also einen engen Bezug zur Gemeinde. Die Projektdauer ist jeweils unterschiedlich. Jedes Projekt wird einer Bewertung unterzogen. Die folgenden zwölf Projekte laufen im Rahmen von FFW:

1. Schulung

Das erfolgreichste Projekt ist wahrscheinlich der neunwöchige Lehrgang, der Kursteilnehmer auf Aufgaben im Gesundheitsbereich vorbereiten soll. Der Kurs soll ihnen helfen, dort eine Arbeitsstelle zu finden. Es soll aber auch deutlich werden, dass die erste Stelle nicht der letzte Schritt sein muss, sondern auch zu anderen Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen führen kann. Zur Zielgruppe gehören alle derzeit Arbeitslosen ohne Altersbeschränkung. Ethnische Minderheiten werden nicht gezielt angesprochen, aber etwa 60% der Kursteilnehmer sind Angehörige ethnischer Gruppen.

*Adetimola nimmt an einem
neunwöchigen Kurs teil,
um im Gesundheitswesen arbeiten
zu können*



Einer der Kursteilnehmer heißt Adetimola. Er ist von Beruf Lehrer, hatte viele verschiedene Jobs und meldete sich zum Kurs, da seine Frau Krankenschwester ist und er sich deshalb im Gesundheitswesen auskennt. Er möchte im Sozialdienst

arbeiten, um einen Beitrag zu den Aktivitäten der Gemeinde zu leisten. Er meint der Kurs sei eine gute Vorbereitung für die Arbeit im sozialen Bereich.

Priscilla besucht den gleichen Kurs. Sie kennt sich im Pflegebereich bereits gut aus. Sie ist mit dem Kurs sehr zufrieden, weil auch sie meint, dass er für die Arbeitssuche förderlich ist. Nach Abschluss des Kurses möchte sie eine Stelle als Altenpflegerin annehmen.



Priscilla, unterstützt durch die Lehrerin Diane English

Vor dem Kurs hat Marie-Jeanne bereits einen Fortbildungslehrgang besucht, der ihr die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ermöglichen sollte. Sie ist mit dem Kurs zufrieden, meint hier viel gelernt zu haben und ist zuversichtlich, dass sie nach Abschluss des Kurses eine Arbeit finden wird.



Marie-Jeanne mit der Lehrerin Bobby Spall

2. Sport auf Rezept

Kann Sport Medikamente ersetzen? Nicht ohne ärztliches Einverständnis. Im Rahmen einer Zusammenarbeit mit vier Fitnesszentren in Newham werden Patienten, denen Sport helfen könnte, an diese Zentren überwiesen, wo man ihnen Zeit widmet und ihnen hilft, ihre körperliche Verfassung zu verbessern. Dieses Projekt ist inzwischen eine Maßnahme des Primary Care Trusts, wodurch die Nachhaltigkeit des Projekts gewährleistet ist. Das Projekt ist sehr beliebt und man sagt den Ärzten manchmal nach, sie seien bei der Überweisung von Patienten an die Fitnesszentren zu großzügig.

3. Gesundheitszentrum

Das ehrgeizigste FFW-Projekt ist der Bau eines Gesundheitszentrums in Newham. Das Gebäude wurde im Frühjahr 2002 eröffnet und gehört dem Newham Primary Care Trust. Alle Maßnahmen dieses Trägers sind hier unter einem Dach angesiedelt und werden mit anderen einschlägigen Aktivitäten verknüpft.

4. Zahnarzhelfer/innen

Vor Beginn dieses Projekts wurden Zahnarzhelfer/innen in Newham üblicherweise in Krankenhäusern ausgebildet. Zahnärztliche Leistungen werden jedoch überwiegend von niedergelassenen Zahnärzten erbracht, sodass eine Ausbildung im Krankenhaus nicht sinnvoll ist. Das Team meint daher, es sei sinnvoller, die Zahnarzhelfer/innen für die Praxen der niedergelassenen Ärzte am Ort auszubilden. Die Ausbildung ist nun auf diese Situation zugeschnitten, was bewirkt hat, dass bei weitem nicht mehr so viele Teilnehmer vorzeitig aus dem Kurs ausscheiden. Die Zahnarzhelfer/innen werden nun praxisgerecht ausgebildet und die Auszubildenden sorgfältiger ausgewählt, als das örtliche Arbeitsamt dies tun könnte. In einem Zeitraum von nicht mal drei Jahren wurden 118 Stellen geschaffen, überwiegend für Angehörige ethnischer Gruppen. Man möchte das Ausbildungs- und Arbeitsvermittlungsprojekt an Privatunternehmen vergeben.

5. Zweisprachige Mitarbeiter

Die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, die eine fremde Sprache sprechen, kann häufig ein Problem sein. Dieses Projekt bietet ein Kommunikationstraining für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten an, es wendet sich von Reinigungskräften über Krankenschwestern bis hin zu Ärzten an alle, die eine andere Sprache als Englisch sprechen. Statt zu untersuchen, ob die im Gesundheitswesen tätigen Mitarbeiter die notwendigen Sprachkenntnisse besitzen, will man alle mehrsprachigen Mitarbeiter zu Mittlern zwischen den Gesundheitsfachkräften und den Patienten und deren Familien ausbilden. Das sichert bessere Kommunikation, macht die Arbeit des Mitarbeiters sinnvoller und wirkt sich auch auf das Gehalt aus.

6. Bewerbungstraining

Berufstätige Personen sind oft gesünder als Arbeitslose und die meisten schneiden in Bewerbungsgesprächen wahrscheinlich auch besser ab. Dieses Programm richtet sich an Langzeitarbeitslose. Man hilft ihnen beim Schreiben ihres Lebenslaufs und übt Bewerbungsgespräche mit ihnen. Das steigert ihre Chance, eine Arbeitsstelle zu finden.

7. Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz

Dieses Projekt richtet sich an 14–15-Jährige und 18–25-Jährige und befasst sich mit dem Thema Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz – als Kurs vor

Aufnahme einer Arbeit oder vor Beginn des eigentlichen Arbeitslebens. Es dient auch als Fortbildung für Heimpflegekräfte und soll über Gesundheits- und Sicherheitsprobleme im Zusammenhang mit ihrer Arbeit informieren. Diese Initiative wurde vom britischen Gewerkschaftsrat unterstützt.

8. Förderung örtlicher Anbieter

Die Beschäftigung in der Region fördert man u. a., wenn man den Handel vor Ort stützt. Dieses Projekt soll es kleinen und mittleren Unternehmen der Region ermöglichen, sich erfolgreich an Ausschreibungen zu beteiligen. Häufig stellt sich das Problem, dass ein Jungunternehmen noch keine Erfolgsbilanz vorlegen kann, aber im Rahmen des Projekts wird dieses Problem dadurch gelöst, dass die Firmen wichtigen Unternehmen und potenziellen Käufern vorgestellt werden. Das Ganze erfolgt in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensverbänden und Stützgruppen.

9. Unterstützung für Problemgruppen

Dieses Projekt wird von Sozial- und Gesundheitsdiensten gemeinsam durchgeführt, um alle, die herkömmlicherweise keine staatlichen Leistungen in Anspruch nehmen, an diese Möglichkeit heranzuführen. Die drei Zielgruppen sind Jugendliche, Lernschwache und Personen mit psychischen Problemen. Das Projekt soll Sozialarbeiter u. a. besser dazu befähigen, bei den genannten und anderen Zielgruppen, die Unterstützung brauchen, aber nicht darum bitten, für die bestehenden Angebote zu werben.

10. Gesundheitsförderung für Teenager

Mit diesem Projekt sollen Teenager über gesundheitsrelevante Themen informiert werden. In Newham soll ein Gesundheitsplan nur für Teenager aufgestellt werden.

11. Pilotzentren für „Gesundes Leben“

Ziel des Projektes ist der Aufbau eines Pilotzentrums für „Gesundes Leben“ mit Schwerpunkt auf den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen.

12. Monitoring und Evaluation

Die Projekte werden nicht nur sorgfältig ausgewählt, sondern auch ständig begleitet und bewertet. Alle am Projekt beteiligten Mitarbeiter nehmen an Kursen der Universität von East London teil, die zugleich für das Monitoring und die Evaluation von FFW-Projekten zuständig ist.

Abschließende Bemerkungen

Die Zusammenstellung der Fallstudien war an sich schon eine wertvolle Arbeit. Das Regionalbüro konnte sich einen Überblick darüber verschaffen, wie Armut in einer Reihe von Mitgliedsstaaten derzeit wahrgenommen wird und es erhielt die Gelegenheit, sowohl die Probleme, die derzeit angegangen werden, als auch potenzielle „Handlungslücken“ in der Region herauszuarbeiten.

Darüber hinaus wurden bei dem Treffen in Düsseldorf der Gesamtprozess und die für diese Arbeit gewählten Methoden sowie die bei der Auswahl der Fallstudien zugrunde gelegten Kriterien einer Prüfung unterzogen. Dabei wurde festgestellt, dass die ersten zwölf Fallstudien einige Aspekte unberücksichtigt gelassen hatten; insbesondere fehlten Fallstudien, die Maßnahmen zur Bewältigung des Themenkomplexes Armut und Gesundheit in ländlichen Gebieten beschreiben. Folglich wurde eine Reihe von richtungweisenden Maßnahmen als angemessen und wesentlich angesehen, um die Informationslücke zu schließen und das notwendige Know-how für diesen Bereich zu entwickeln, der für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region ein immer wichtigeres Anliegen darstellt. Dazu gehören die Weiterführung des Prozesses zur Schaffung, Analyse und Verbreitung von Wissen über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und insbesondere die Entwicklung von Methoden und Instrumenten für die systematische Erfassung, Validierung und Verbreitung von Fallstudien über die konkrete Funktion, die das Gesundheitswesen bei der Bewältigung der Probleme von Armut und Gesundheit übernehmen kann.

Man erkannte bei dem Treffen auch, dass viele Maßnahmen, die der Linderung oder Beseitigung von Armutsursachen dienen könnten, nicht in den Kompetenzbereich des Gesundheitssektors fallen. Gesundheitsministerien und Gesundheitsfachkräfte sind zwar wichtige Partner bei der Bekämpfung von Armut, es muss jedoch auch gesagt werden, dass der Gesundheitssektor Verbindungen und Partnerschaften und die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren anstreben muss, um das Problem Armut und Gesundheit einer Lösung näher zu bringen.

Diese begrenzte, doch breit gefächerte Auswahl von Fallstudien zeigt, dass überall in der Region die Bemühungen der Mitgliedstaaten, u. a. durch Systemmaßnahmen und Partnerschaften zwischen Gesundheits- und Sozialsektor

gegen die Armut vorzugehen, unter armen wie reichen Nationen viele Gemeinsamkeiten aufweisen.

Außerdem kamen in Düsseldorf viele weitere wertvolle Kommentare und Schlussfolgerungen zum Tragen, die hier leider nicht ausführlich dargelegt werden konnten. Stattdessen werden nachfolgend die wichtigsten Schlussfolgerungen zusammengefasst, die sich in vielfacher Weise auf die zukünftige Arbeit auswirken werden.

Gesundheitssysteme können wirksam handeln

Die Fallstudien zeigen, dass Maßnahmen im Gesundheitssystem auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen können. Sie reichen von Projekten in kleinen Gemeinden, wie in der Fallstudie aus Kroatien geschildert, bis hin zur Erarbeitung umfassender gesundheitspolitischer Konzepte für das gesamte Land, wie dies die französische Fallstudie darstellt.

Doch was wirkt sich wohl am stärksten auf Armut aus? Auf welcher Verwaltungsebene sollten die Erfahrungen institutionalisiert werden? Welche Initiativen können leicht ausgeweitet werden und welche Fallen sind zu umgehen, wenn man sie im größeren Maßstab umsetzt? Mit welchen Evaluierungsformen lässt sich die Nachhaltigkeit sicherstellen?

Diese Studie konnte nur teilweise Antworten auf derart komplexe Fragen liefern. Im Grunde wurde deutlich, dass politische Entscheidungsträger eine Datendank mit aktuellen und zuverlässigen Informationen benötigen, um die Problematik von Armut und Gesundheit wirksam angehen zu können. Somit müssen Erhebung, Analyse, Auswertung und Verbreitung eines breitgefächerten Maßnahmenpakets zur Verbesserung der Gesundheit armer und schwächerer Bevölkerungsgruppen weitergehen.

Gesundheitssysteme dürfen für die Armen keine zusätzliche Last sein

Krankheit darf die Betroffenen nicht in die Armut treiben oder ihnen die letzten Ressourcen nehmen. In der Praxis können Gesundheitssysteme jedoch zu einer Hürde werden und unbeabsichtigt Armut erzeugen bzw. verstärken. Diese Studie zeigt, dass Patienten beispielsweise in einigen Fällen durch überrückommene Praktiken für einen unnötig langen Zeitraum aus dem Arbeitsprozess herausgenommen werden. Darüber hinaus haben andere Studien gezeigt, dass bestimmte Formen der Kostenbeteiligung dazu führen können, dass die Armen ungerechte Beträge aus ihrer eigenen Tasche leisten müssen.³³ Die kirgisische

³³ *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.

Fallstudie zeigt jedoch, dass die unzureichenden Steuereinnahmen für den Gesundheitssektor und die weit verbreitete Praxis der inoffiziellen Zahlungen „unter der Hand“ zu pragmatischen Lösungen führen können, bei denen die Kostenbeteiligung Teil eines größeren Reformpakets ist.³⁴ Vorläufige Untersuchungen legen nahe, dass das kirgisische System transparenter geworden und der Anteil der insgesamt von den Patienten für Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel geleisteten Zahlungen nach Einführung der Kostenbeteiligung drastisch gesunken ist und dass der „Reservefonds“ der Krankenhäuser die kostenlose Abgabe von Arzneimitteln an arme Patienten ermöglichte.

Diese Beispiele, die in der vorliegenden Veröffentlichung nur kurz angesprochen werden konnten, lassen den Schluss zu, dass es wichtig ist, mit Kriterien, Mechanismen und Indikatoren zu arbeiten, anhand derer sich beobachten lässt, inwieweit sich die verschiedenen Praktiken und Maßnahmen positiv auf die Situation der Armen auswirken. Das Gesundheitswesen kann beispielsweise zusammen mit anderen Bereichen regelmäßig Berichte über die gesetzliche Entwicklung erstellen, die einen Einfluss auf die Problematik Armut und Gesundheit hat. Außerdem sollten die Strukturen des Gesundheitssystems sowie die Bereitstellung, die Zugänglichkeit und die Erbringung von Versorgungsleistungen in den einzelnen Ländern in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Armen zu bewerten.

Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcenmobilisierung

Die Europäischen Mitgliedstaaten müssen sich zwar zunehmend mit der Problematik Armut und ihrer Auswirkung auf die Gesundheit befassen, doch in vielen Gesundheitssystemen fehlen angemessene personelle und finanzielle Ressourcen, um dieses komplexe Gebiet bearbeiten zu können. Zudem stehen in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften die Problematik Armut und Gesundheit mit den unterschiedlichsten Teilaspekten wie der ambulanten und stationären Behandlung armutsbedingter Krankheiten, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung nicht auf dem Lehrplan. Im Vergleich dazu zeigen Beispiele wie die hier aufgeführte italienische Fallstudie, dass geschulte Mitarbeiter, die mit den Bedürfnissen der Armen umzugehen wissen, Erfolge erzielen können. Aus diesem Grund bedarf es zur Bewältigung der Armut nicht nur finanzieller Mittel, sondern es muss auch dafür gesorgt werden, dass Wissen und Können der in den Gesundheitssystemen der europäischen Mitgliedstaaten tätigen Fachkräfte verbessert werden, denn sie stehen bei diesem Kampf an vorderster Front.

³⁴ Die Gründe, aus denen sich politische Entscheidungsträger für eine Kostenbeteiligung entscheiden, und die damit verbundenen potenziellen Gefahren, werden in der Literatur ebenfalls ausführlich diskutiert. Vgl. beispielsweise MOSSIALOS, E. ET AL. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press, 2002.

In diesem Sinne lässt sich die wesentliche Aussage der Berichte und Analysen dieser Studie vielleicht in die abschließende Bemerkung kleiden: Es lohnt sich, in Menschen zu investieren, sie zur Suche nach eigenen Lösungen zu ermutigen, ihnen bei der Weitergabe der gewonnenen Erfahrungen zur Seite zu stehen und mit vereinten Kräften zu zeigen, dass die für eine Veränderung notwendigen Kompetenzen und Fertigkeiten durchaus vorhanden sind und nur genutzt werden müssen.

Anhang 1

Vorlage für die Autoren

Das mit dieser Publikation beauftragte Autorenteam brachte eine große Vielfalt an Erfahrungen und Vorwissen in das Projekt ein. Die Berichte sollten in einem kreativen Stil geschrieben werden. Der Kohärenz wegen wurde den Autoren jedoch nachstehende Vorlage samt einer Reihe von Hinweisen vorgegeben. Die Autoren wurden gebeten diese Vorgaben als Leitfaden und Prüfliste zu verwenden, damit alle Aspekte der verschiedenen Fälle hinlänglich untersucht wurden.

Hintergrund

Land

Bezeichnung des Projekts/der Initiative (Abkürzungen bitte erklären)

Wichtige Partnerorganisationen/-einrichtungen

Gegenwärtiger Stand des Projekts/der Initiative

Geschichte der Initiative/des Projekts

Wann wurde die Initiative ins Leben gerufen?

Wann wurde die Initiative beendet?

Gründe für die Einstellung

Die Fallstudie im allgemeinen Kontext von Armut und Gesundheit

Strukturen des Gesundheitssektors

Gibt es Strukturen oder Planungsmechanismen von Bedeutung, die Ungleichheiten auflösen oder aber sie erzeugen?

Verfügt der Staat über vorrangige Ziele bei der Bewältigung von Armut allgemein oder bei der Unterstützung schwacher Gruppen?

Finanzierung und Ausgaben der Gesundheitsversorgung

Wie finanziert sich die Gesundheitsversorgung hauptsächlich – schließen die Finanzierungs-systeme Arme mit ein oder aus?

Gibt es neben der öffentlichen Hand Organisationen/Sektoren, die wesentlich zur Linderung der defizitären Gesundheit in armen Bevölkerungsgruppen/ Gebieten beitragen?

Andere Einflüsse

Gibt es andere Maßnahmen, die für die Fallstudie relevant sein könnten?

Der besondere Kontext: Ziele und Hauptaktivitäten

Welche Hauptziele verfolgt die Initiative?

Was sind ihre wichtigsten Aktivitäten?

Wie fungiert die Initiative zusammen mit dem Gesundheitssystem?

Welche wichtigen Erfolge hat die Initiative hervorgebracht?

Wirkungskreis der Initiative

War sie ein Experiment oder Teil einer bestehenden Maßnahme?

Welches war die primäre Zielgruppe?

- a. die Gesamtbevölkerung
- b. schwache Gruppen
- c. Einzelpersonen

Wie wurde die Initiative verwaltet?

- a. örtlich
- b. landesweit
- c. regional
- d. Sonstiges (was?)

Wie war das Hauptumfeld?

- a. ländlich
- b. städtisch
- c. beides

Geschätzte Anzahl von Personen, die von der Initiative profitierten:

Prozess/Methoden

Welche Methoden wurden angewandt, um Angehörige der primären Zielgruppe zu rekrutieren/zu erreichen? Wie wirksam waren sie?

Welches waren die Haupthindernisse und wie wurden sie überwunden?

Wurde die Initiative evaluiert? Wenn ja, wie?

Gab es unerwartete negative Auswirkungen?

Gewonnene Erkenntnisse

Was erforderte die Initiative (finanziell, materiell, intellektuell)?

Was wurde erreicht (Sach- und Dienstleistungen, Fähigkeiten)?

Welche Ergebnisse brachte sie hervor (Zugang zu, Nutzung von oder Zufriedenheit mit Diensten)?

Welche Auswirkung hatte sie (auf die Gesundheit und das Wohlbefinden)?

Weitere Informationen

Wer waren die Hauptakteure der Initiative?

Anhang 1

Welches Profil hatte die primäre Zielgruppe der Initiative?

a. Alter:

- alle Altersgruppen
- Kleinkinder (0–2 Jahre)
- Kinder (3–12 Jahre)
- Jugendliche (13–17 Jahre)
- Erwachsene (18–65)
- Erwachsene (65+)
- andere Aufteilung
- nicht zutreffend

b. Geschlecht:

c. Ausmaß der Armut:

- unterhalb der nationalen Armutsgrenze
- oberhalb der nationalen Armutsgrenze, aber arm
- nicht arm, aber schwach

d. Gruppen mit besonderen Charakteristika:

- Familien
- Schwangere
- Kinder im schulfähigen Alter
- Bildungsschwache
- Gesundheitsfachkräfte
- Arbeitslose
- ethnische Gruppen
- Arbeiter/Angestellte
- andere

e. Geographische Lage

Wurde die Initiative durch Vermittlergruppen unterstützt?

- a. Gesundheitsfachkräfte
- b. ortsansässige Bürger
- c. Sozialarbeiter
- d. Lehrer
- e. Eltern
- f. andere

Welche Kommunikationswege wurden benutzt, um die Zielgruppe zu erreichen?

Ist über den Fall bereits berichtet worden? Wenn ja: Wann und durch wen?

Anhang 2

Liste der geladenen Experten

Die folgenden Experten waren aufgefordert zu dieser Publikation beizutragen und am Expertentreffen in Düsseldorf am 18./19. April 2002 teilzunehmen.

Farman Abdullayev¹

WHO-Länderreferent, Baku, Aserbaidshan

Martijntje Bakker

Referentin für Grundsatzfragen, Fonds für Public Health, Den Haag, Niederlande

Rogério Barbosa

Fachreferent, Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa

Sara Burke

Public Health Development Officer, Institut für Public Health in Dublin, Irland

Sarbani Chakraborty

Gesundheitsexpertin der Weltbank für Europa und Zentralasien, Washington DC, USA

Yves Charpak

Leitender Berater, Büro des Regionaldirektors, WHO-Regionalbüro für Europa

Sigrún Davídsdóttir

Journalistin und Autorin, London, Vereinigtes Königreich

Finn Diderichsen¹

Universität Kopenhagen, Institut für Public Health, Abteilung für Sozialmedizin, Kopenhagen, Dänemark

¹ Nahm nicht an der Tagung in Düsseldorf teil.

Rebecca Dodd

Fachreferentin, Strategie-Abteilung, Büro der Generaldirektorin, WHO-Hauptbüro

David Dror¹

Leitender Krankenversicherungsexperte, Bereich Soziale Absicherung, Internationale Arbeitsorganisation, Genf, Schweiz

Philippe Duprat

Leitender Projektberater, Health Evidence Network, WHO-Regionalbüro für Europa

Armin Fidler¹

Gesundheitsexperte der Weltbank für Europa und Zentralasien, Washington DC, USA

Joachim Gardemann

Professor, Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe, Fachhochschule Münster, Deutschland

Marina Gudushauri¹

Erste stellvertretende Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Tbilisi, Georgien

Monika Hommes-Ruediger

Stellvertretende Abteilungsleiterin beim Bundesgesundheitsministerium, Bonn, Deutschland

Ainura Ibraimova¹

Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium, Bischkek, Kirgisistan

Abdulai Issaka-Tinorgah¹

Medizinischer Referent, Armut und Gesundheitsfinanzierung, Abteilung Finanzierung und Verwaltung der Gesundheitsversorgung, WHO-Hauptbüro

Alexander Kvitashvili¹

Präsident der Internationalen Curatio-Stiftung und Mitglied im Unterausschuss für Sozialpolitik, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Tbilisi, Georgien

¹ Nahm nicht an der Tagung in Düsseldorf teil.

Anhang 2

Jacques Lebas¹

Ärzte der Welt, Paris, Frankreich

Suszy Lessof

Projektleiterin, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme,
Brüssel, Belgien

Christian Luetkens

Ministerialrat, Hessisches Gesundheitsministerium, Wiesbaden,
Deutschland

Johan Mackenbach¹

Direktor, WHO-Kooperationszentrum für die Erforschung von Ungleich-
heiten in Gesundheit, Abteilung für Public Health, Erasmus-Universität
Rotterdam, Niederlande

Peter Makara¹

Geschäftsführer, Gesundheitsforschungsrat für Entwicklung (COHRED),
Genf, Schweiz

Dario Manfellotto

Arzt und Wissenschaftsjournalist, Rom, Italien

Owen Metcalfe¹

Stellvertretender Direktor, Institut für Public Health, Dublin, Irland

Andreas Mielck

Leitender Wissenschaftler am GSF-Forschungszentrum für Umwelt und
Gesundheit, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im
Gesundheitswesen, Neuherberg, Deutschland

Piotr Mierzewski

Europarat, Generaldirektorat III – Sozialer Zusammenhalt, Abteilung für
Gesundheit, Straßburg, Frankreich

Aldo Morrone

Leiter der Abteilung Präventivmedizin für Migration, Tourismus und
Tropenkrankheiten, San-Gallicano-Institut, Rom, Italien

¹ Nahm nicht an der Tagung in Düsseldorf teil.

Wolfgang Müller

Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf,
Deutschland

Birgit Neuhaus

Fakten zu gesundheitlichen Bedürfnissen und Maßnahmen, WHO-
Regionalbüro für Europa

Antonina Ostrowska

Professorin für Soziologie und Leiterin der Forschungsgruppe „Lebens-
bedingungen und soziale Determinanten von Gesundheit“, Stellvertretende
Leiterin des Instituts für Philosophie und Soziologie, Polnische Akademie
der Wissenschaften, Warschau, Polen

Lilia Ovcharova¹

Leiterin der Wissenschaftlichen Programme, Unabhängiges Institut für
Sozialpolitik, Ford-Stiftung, Moskau, Russische Föderation

Fred Paccaud

Leiter und Vorsitzender des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin,
Universitätskrankenhaus und medizinische Fakultät Lausanne, Schweiz

Johannes Siegrist

Professor und Leiter des Instituts für Medizinische Soziologie, Akademie für
öffentliche Gesundheit, Universität Düsseldorf, Deutschland

Marita Sihto

Leitende Wissenschaftlerin am STAKES-Zentrum (National Research and
Development Centre for Welfare and Health), Helsinki, Finnland

Steve Turner

Journalist, Autor und Fernsehproduzent, London, Vereinigtes Königreich

Alexander Umnyashkin¹

Leiter der Abteilung für auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium,
Baku, Aserbaidshan

Abbas Valibayov¹

Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium, Baku,
Aserbaidshan

¹ Nahm nicht an der Tagung in Düsseldorf teil.

Anhang 2

Eugenio Villar Montesinos¹

Amtierender Koordinator , Armut und Gesundheitsfinanzierung, Abteilung
Finanzierung und Verwaltung der Gesundheitsversorgung, WHO-Hauptbüro

Margaret Whitehead

Professorin und Leiterin des Instituts für Public Health an der Universität
Liverpool, Vereinigtes Königreich

Erio Ziglio

Leiter, Europäisches WHO-Büro für Investitionen für Gesundheit und
Entwicklung, Venedig, Italien

¹ Nahm nicht an der Tagung in Düsseldorf teil.

Anhang 3

Vorlage für Gruppendiskussionen

Die nachstehende Vorlage wurde den Diskussionsleitern für die Gruppendiskussionen am 18./19. April 2002 in Düsseldorf zur Verfügung gestellt. Zwar konnten nicht alle Aspekte in dieser ersten Publikation bewältigt werden, doch bleiben die Vorlage und die Antworten der Experten weiter eine wichtige Stütze bei der Arbeit.

Relevanz

Greift die Initiative Fragen auf, die für die Gesundheit der Bevölkerung allgemein wichtig sind?

Leistet die Initiative direkt oder indirekt einen Beitrag zur Verringerung bzw. Linderung der Armut? Wenn ja, wie?

Wiederholbarkeit

Lässt sich die Initiative in anderen Kontexten wiederholen? Wie leicht ist eine Wiederholung möglich?

Gibt es bestimmte Voraussetzungen, die eingehender untersucht werden sollten?

Verwendbarkeit/Angemessenheit

Werden die Fallstudien so präsentiert, dass sie für die Hauptadressaten von Nutzen sind?

Gibt es Aspekte, die besser dokumentiert oder erklärt werden müssen, damit das richtige Verständnis gefördert wird, bzw. die Fallstudien besser verwendet werden können?

Ist die Sprache / die Präsentation für die Hauptadressaten angemessen? Sollten weitere Mittel zur Unterstützung eingesetzt werden?

Nachhaltigkeit

Sind diese Initiativen kurz-, mittel- und längerfristig als nachhaltig anzusehen?

Wie gut ist die Integration in andere bereits bestehende Systeme im Land/in der Region geglückt/möglich?

Umsetzung

Welche wichtigen Lektionen konnten aus der Initiative gelernt werden?

Welche Auswirkung hatte die Initiative?

Das „Ungesagte“

Gibt es irgendwelche mit der Fallstudie zusammenhängenden Aspekte von Armut und Gesundheit, die in dem vorliegenden Entwurf nicht beschrieben wurden (Aspekte, die weiter erforscht werden sollten)?

Qualität der Daten

Ist auf transparente Weise dargelegt worden, wie die Informationen erhoben wurden (z. B. verwendete Quellen, potenzielle Interessenkonflikte usw.)?

Sind in den verfügbaren Informationen Widersprüche enthalten?

Sind die Methoden mit der gegenwärtigen faktenorientierten Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa vereinbar?

Welche Schritte sollten eingeleitet werden, um das bestehende Material zu verbessern?

Unternehmensstrategie

Stimmen die Fallstudien mit den Äußerungen der WHO überein oder fordern sie etablierte Muster heraus?

Das enorme Ausmaß des Armutproblems in der Europäischen Region der WHO steht außer Frage. Große Chancenungleichheiten bei Gesundheit und Wohlbefinden bestehen fort, in vielen Ländern vergrößert sich der Abstand zwischen Arm und Reich sogar noch. Die Gesundheitssysteme versuchen seit geraumer Zeit, aktiv gegen dieses komplexe und erschreckende Problem vorzugehen, doch oft handelt es sich dabei um sporadische Initiativen, die nur wenig Aufmerksamkeit erzielen. Dieses Buch versteht sich als Teil des Bemühens der WHO, systematisch Informationen über Direktmaßnahmen in Gesundheitssystemen der gesamten Region zu sammeln, zu analysieren und weiterzugeben und damit dazu beizutragen, dass sich die Länder ihrerseits stärker und wirksamer dafür einsetzen, Gesundheit zu verbessern und Armut abzubauen.

Dargestellt werden zwölf bereits durchgeführte Initiativen aus zehn Mitgliedstaaten der WHO, nämlich aus Deutschland, Frankreich, Italien, Kirgisistan, Kroatien, Polen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, aus Ungarn und dem Vereinigten Königreich. Das Spektrum der Initiativen reicht von grundlegenden Änderungen der Gesetzgebung und Gesundheitsversorgung eines Landes über maßgeschneiderte regionale und städtische Programme und Projekte bis zu Initiativen in Grenzbereichen des Gesundheitssystems, die von engagierten Einzelpersonen vorangetrieben werden.

Das Buch enthält erste Erkenntnisse der WHO zu der Frage, wie Gesundheitssysteme zur Linderung der Armutproblematik beitragen können. Die Autoren gelangen zu drei wesentlichen Schlüssen: Gesundheitssysteme können wirksam dazu beitragen, die Gesundheit der Armen zu verbessern. Manchmal können sie sich jedoch für Arme als zusätzliches Hindernis erweisen. Mehr Wissen, Schulung und Kompetenz werden dringend benötigt. Mit dem vorliegenden Material hofft die WHO, die Länder der gesamten Europäischen Region der WHO in ihrem Bemühen zu unterstützen, durch die Bekämpfung von Armut und deren Folgen die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit ihrer Bevölkerung zu verbessern.

CHF 40.–

ISBN 92 890 3369 X

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Tel.: +45 39 17 17 17. Fax: +45 39 17 18 18. E-Mail: postmaster@euro.who.int

Website: www.euro.who.int